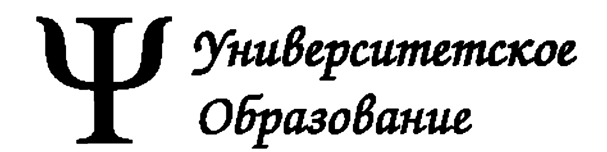


Ральф Р. Гринсон

ТЕХНИКА И ПРАКТИКА ПСИХОАНАЛИЗА





ТЕХНИКА И ПРАКТИКА ПСИХОАНАЛИЗА

RALF R. GREENSON

THE TECHNIQUE AND PRACTICE OF PSYCHOANALYSIS

Volume I

INTERNATIONAL UNIVERSITIES PRESS, INC.
NEW YORK

УНИВЕРСИТЕТСКОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

РАЛЬФ Р. ГРИНСОН

ТЕХНИКА И ПРАКТИКА ПСИХОАНАЛИЗА

Перевод с английского

Рекомендовано Ученым советом Института практической психологии и психоанализа в качестве учебника по специальностям «Психология» и «Клиническая психология»

Москва
«Когито-Центр»
2003

УДК 159.964.2
ББК 88
Г 85

Перевод с английского
С. А. Баклушинского, И. Ю. Баклушинской

Научный редактор
Э. Р. Зимина

Гринсон Ральф Р.
Техника и практика психоанализа/Пер. с англ. — М.: «Когито-Центр», 2003. — 478 с. (Университетское образование)

Г 85

УДК 159.964.2
ББК 88

Учебник выдающегося американского психоаналитика Ральфа Р. Гринсона является одним из самых читаемых и часто переиздаваемых руководств по технике классического психоанализа, он рекомендован в качестве базового в американской программе обучения психоаналитиков.

Успех книги во многом объясняется тем, что Гринсон из «первых рук» передает читателю клинический опыт и посвящает в тонкости профессии. Он был одним из первых, кто приоткрыл для читателя дверь в свой кабинет и позволил взглянуть на то, как психоаналитическая теория воплощается в практической работе. В книге Гринсон детально рассматривает технику анализа переноса и сопротивления, проблемы установления рабочего альянса, позицию аналитика и требования, которые выдвигает психоаналитическая ситуация.

Книга адресована главным образом практикующим психоаналитикам и студентам, изучающим психоаналитическую технику, а также будет полезна всем, интересующимся вопросами психотерапии.

ISBN 5-89353-088-8

Оглавление

Глава 2
СОПРОТИВЛЕНИЕ

Глава 3
ПЕРЕНОС

Глава 4
ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

Предисловие

Начало работы над новой редакцией перевода книги Ральфа Гринсона «Техника и практика психоанализа» можно было бы описать фразой из анекдота: «Феликс Эдмундович, жду Вас в Цюрихе, — начинаем все сначала...»

И это не удивительно, ведь первоначально перевод был выполнен, что называется, «для себя», то есть для узкого круга друзей и коллег, членов Ассоциации психологов-практиков. Издержки такого «некоммерческого проекта» очевидны — неточности перевода, невыверенные цитаты и названия работ, неполнота ссылок. Однако, несмотря на очевидные недостатки перевода, книга сразу «пошла в народ»: ее копировали как могли, и ксероксы выдавали все новые и новые, часто полуслепые экземпляры без списка литературы и словаря терминов. А спустя пару лет сразу два издательства опубликовали все тот же текст со всеми перечисленными недостатками, сокращениями и ошибками. Но прошло не так много времени, и эти издания, в свою очередь, стали библиографической редкостью.

Необходимость редакции перевода возникла также из-за того, что изменилась терминологическая система профессионального языка. Первоначально мы ориентировались на переводческую традицию начала XX века, то есть на переводы, выполненные с немецкого языка. Однако нельзя закрывать глаза на тот факт, что современный живой психоаналитический язык формируется преимущественно под влиянием англоязычных текстов, это потребовало корректировки прежнего перевода.

Третьей и последней причиной, подтолкнувшей нас к этой работе, было то, что далеко не все термины, предложенные в первоначальном варианте перевода, прижились и получили распространение: некоторые оказались слишком громоздкими, для других был найден иной, более удачный вариант. Так, например, не прижился термин «тщательная проработка», в современной литературе значительно чаще встречается «проработка», а вместо термина «действие вовне» часто используют термин «отыгрывание». Соответствие между англоязычными терминами и их русскими эквивалентами отражено в предметном указателе. Кроме того, некоторые пояснения, касающиеся перевода, даны в сносках по ходу изложения.

* * *

Эта книга не похожа на классические учебники — в ней слишком ощущается присутствие личности автора, о чьих работах отзывались как об «оригинальных, озорных, проникновенных, провокационных, неистовых, эрудированных, забавных, эмпатичных, страстных, убедительных, пытливых, скромных, резких, эксгибиционистских, застенчивых и смелых»[1]. Такое количество эпитетов выражает столько чувств! Это пробуждает интерес и к самому автору. Попробуем хотя бы отчасти его удовлетворить.

Ральф Ромео Гринсон родился 20 сентября 1911 года в Бруклине, США. Его родители были выходцами из России. Немногие знают, что у него была сестра-близнец и что родители дали близнецам вторые имена — Ромео и Джульетта. Близкие называли его Роми (сокращение от Ромео). Кроме сестры-близнеца, у Ральфа Ромео Гринсона было еще 2 сиблинга. Его мать, фармацевт по профессии, интересовалась искусством, особенно музыкой. Отец был семейным доктором, и Ральф Ромео часто сопровождал его во время визитов к пациентам. Как и родители, он был влюблен в медицину и искусство. Наверное, отсюда возникло его высказывание о том, что хорошему аналитику нужен хороший музыкальный слух, которое впоследствии стало афоризмом.

Он получил степень доктора медицины в Бернском университете (Швейцария), там же он встретился со своей будущей женой Хильдой. Их дети разделили интерес отца к психоанализу и искусству — Даниэль Гринсон стал психоаналитиком, а Джоан Аеди — художницей.

В 1936 году Гринсон закончил «активную» психоаналитическую школу Вильгельма Штеккеля в Австрии. Вскоре он оставил Вену и переехал в Лос-Анджелес. С 1938 по 1942 год Гринсон проходил тренинг-анализ у известного психоаналитика д-ра Отто Фенихеля (эмигрировавшего в Штаты несколькими годами ранее), впоследствии ставшего его другом. Сравнительно молодым, в тридцать с небольшим лет, Гринсон стал тренинг-аналитиком, а затем — руководителем тренинговых программ при Лос-Анджелесском психоаналитическом институте.

В годы Второй мировой войны он снова оказался в Европе, но уже в качестве врача военно-психиатрической службы США. Его рассказы об этой работе вдохновили писателя Лео Роштена на создание романа «Капитан Ньюман, д-р медицины»[2], в котором описано то, как Гринсон гуманизировал заботу о раненых и оказывал влияние на других людей своей страстью к знанию и умением создавать теплое человеческое окружение.

---

1 *Stoller R.J.* Ralph R. Greenson // Int. J. Psycho-Anal., 61:559—560.

2 *Rosten L.* Captain Newman, M. D.— New York, 1956.

На основе этого романа был снят одноименный фильм. Едва ли кто-либо из психоаналитиков, кроме Фрейда, был так прославлен!

После войны он вернулся в Лос-Анджелес, где работал профессором психиатрии в Медицинской школе Калифорнийского Университета. Его иногда шутливо называли «звездным аналитиком», так как у него проходили анализ многие звезды Голливуда, среди которых наиболее известной была Мэрилин Монро.

Он был вдохновенным учителем психоанализа. На его семинарах аудитории были переполнены. Он не только читал лекции для профессионалов и студентов, но и активно занимался просветительской работой в более широких кругах. В течение многих лет он посещал семинары коллег, имевших другие точки зрения. Он мог спорить, негодовать и критиковать, но всегда старался понять своих противников и достичь с ними цивилизованного компромисса. Для него теоретические системы были полезны как инструмент организации и исследования клинических данных, а не как догма или замена клинического исследования.

Коллеги отзывались о нем как о романтике, любившем жизнь во всех ее проявлениях, имевшем неугомонный дух и ненасытный интерес к другим людям и никогда не прекращавшем поиска новых знаний. Когда ему было за 50, он начал заниматься детским анализом и проводил лечение детей под супервизией, получая большое удовольствие от того нового, что узнавал. Многие называли его отношение к психоанализу влюбленностью, страстью, которая никогда не насыщалась.

***

Над книгой «Техника и практика психоанализа» Гринсон работал 14 лет, с 1953 по 1967 год. Это при том, что статьи он писал очень быстро. В предисловии к мемориальному 2-му тому его сын, Даниэль Гринсон, написал, что как-то отец сказал ему, что «статьи писать легче: они для сегодняшнего дня, а книги — для последующих поколений». Гринсон следовал по стопам своего тренинг-аналитика, Отто Фенихеля, чей учебник по технике психоанализа вышел в 1941 году. Гринсон пишет: «Фенихель подчеркивает, что, помимо всего прочего, аналитику следует быть гуманным, его потрясло, как много его пациентов были удивлены его естественностью и свободой. Он полагает, что именно аналитическая атмосфера является самым важным фактором убеждения пациента в том, чтобы он попробовал принять нечто, им ранее отрицаемое». В своем учебнике Гринсон развивает эту идею. Он считает, что центральным в психоанализе являются отношения между пациентом и аналитиком, и довольно большое значение придает терапевтическому намерению аналитика, выступая против

строгой, отчужденной, авторитарной позиции некоторых аналитиков по отношению к своим пациентам вследствие неправильно понятых ими правил «аналитик как зеркало» и «абстиненции», введенных Фрейдом.

Гринсон пишет об аналитике: «Он — врач, терапевт, исцеляющий от нездоровья и страдания, и его цель — помочь пациенту выздороветь... Именно терапевтическое обязательство аналитика по отношению к пациенту должно лежать в основании всего того, что он делает». «Аналитик является врачевателем невротической болезни, а не просто исследователем или сборщиком данных... Наша задача состоит в колебании между противоположными позициями или в совмещении их: позиции вовлеченного человека, испытывающего эмпатию, и позиции бесстрастного сортировщика и осмыслителя данных, сдержанного, но сочувствующего проводника инсайта и интерпретаций. Это и есть в сверхупрощенном и сжатом виде определение искусства и науки психоаналитической терапии».

Когда работа над книгой уже была близка к завершению, он начал перфекционистски бесконечно что-то в ней подправлять и находить различные упущения. Наконец его редактор, Лотти Ньюман, предложил ему рассматривать свою книгу как состоящую из двух томов и во второй том включить тот материал, который не вошел в первый. Это позволило Гринсону наконец-то закончить книгу. Но возникла идея о втором томе, которая не оставляла его до конца жизни и которую ему не суждено было реализовать.

В 1970 году его здоровье начало ухудшаться. Тем не менее он сделал несколько набросков ко 2-му тому — главы «Предварительный контакт с пациентом», «Отыгрывание», «Контрперенос», «Проблемы завершения анализа». В вышедшем в 1978 году, за год до его смерти, сборнике его статей «Исследования в психоанализе» Гринсон пишет в предисловии, что адресует этот сборник всем тем, кто не отчаялся еще дождаться 2-го тома «Практики и техники психоанализа». Воплотить в жизнь свой замысел самому Гринсону не удалось — он умер в 1979 году. Однако его коллеги, в числе которых был и его сын, Даниэль Гринсон, попытались сделать это, издав в 1992 году мемориальный 2-й том «Техники и практики психоанализа», в который наряду с главами, написанными Гринсоном, вошли статьи, которые многие известные аналитики написали специально для этого издания, следуя замыслу Гринсона.

***

Во введении к своей книге Гринсон пишет о распространенном нежелании аналитиков открыто показывать то, как они работают, и высказывает свое понимание причин этого, среди которых — та, что инструмент аналитика —

его собственная психика, и поэтому раскрытие содержания собственной работы часто означает приоткрытие собственной души. Гринсон щедро делится с нами, давая начинающему терапевту «взаймы» свое «аналитическое Эго», позволяя более опытным профессионалам сравнивать то, как он работает, с собственной практикой и искать ту самую «общую почву», которая, похоже, так актуальна не только во времена Гринсона, но и сейчас. И в России в том числе, а может быть, для России особенно — во время продолжающегося поиска психоаналитиками собственной идентичности. Недаром в последнее время так часто звучат призывы описывать клинические случаи как можно более детально, и порой выясняется, что даже при довольно сильных теоретических отличиях отличия в технике не так уж велики, по крайней мере, если эта работа все еще остается психоанализом. Книга Гринсона приглашает к открытому обсуждению вопросов психоаналитической техники, и мы рады представить читателю замечательный труд одного из ведущих психоаналитиков, который был и остается настольной книгой не одного поколения психотерапевтов.

С. А. Баклушинский
Э. Р. Зимина

моим учителям
моим студентам
и моим пациентам

Введение

По-видимому, настало время для написания учебника по психоаналитической технике, хотя это и сопряжено с определенными трудностями. Я думаю, весьма опасно допускать двусмысленности и расхождения или отклонения в понимании слов, сказанных в приватной беседе аналитиком пациенту или тренинг-аналитиком[1] кандидату, или одним коллегой другому.

Классические работы Фрейда, Гловера (Glover, 1955), Шарп (Sharpe, 1930), Фенихеля (Fenichel, 1941) по технике написаны блестяще, но они являются лишь путеводными нитями. Они не описывают достаточно детально то, что психоаналитик в действительности делает, когда он анализирует пациента. В результате, например, для одного аналитика анализ сопротивления может означать одно, а для другого — нечто совершенно иное, хотя каждый из них полагает, что анализирует сопротивление согласно классическим принципам психоанализа.

Дискуссия «Разновидности классической психоаналитической техники» на 20-м конгрессе международной психоаналитической ассоциации, проходившем в Париже в 1957 году, проиллюстрировала многообразие точек зрения (см. Greenson et al., 1958). В 1938 году Гловер распространил среди членов Британского психоаналитического общества анкету для выяснения того, какая техническая практика наиболее популярна. Анкета показала неожиданно большое число разногласий среди членов общества, а также высокий уровень колебания, робости и нерешительности при раскрытии психоаналитиками секретов своей техники (Glover, 1955, p. 348). Блестящий обзор современной литературы по психоаналитической технике, сделанный Еленой Тартаковой (Tartakoff, 1956), ясно показал, что термин «психоанализ» в названии каждой

[1] Тренинг-аналитик (training analyst, *англ.*) — аналитик, проводящий психоанализ с кандидатами и имеющий соответствующую квалификацию. Мы предпочли этот вариант перевода варианту «обучающий аналитик», потому что последний вариант может быть также отнесен к другим преподавателям, обучающим студента психоанализу, кроме того, именно этот вариант перевода широко употребим в профессиональном сообществе (*Примечание научного редактора*).

публикации свободно применялся к совершенно разным терапевтическим методам, основанным на личных теоретических постулатах автора.

Об этой путанице и неопределенности свидетельствует и тот поразительный факт, что Комитет по определению психоаналитической терапии Американской психоаналитической ассоциации был распущен в 1953 году после шести с половиной лет бесплодных дебатов, в ходе которых пытались найти приемлемое определение психоаналитической терапии (Rangell, 1954). В качестве примера сильного расхождения во взглядах на значение динамической психиатрии и психоанализа можно привести работы Фромм-Райхманн (Fromm-Reichmann, 1954) и Эйсслера (Eissler, 1956). Учебник по психоаналитической технике, конечно же, не устранит различий во мнениях или споров по аспектам техники, но он может оказаться полезным как общий ориентир, детально и систематически регулирующий работу психоаналитика, когда тот утверждает, что анализирует определенные психические феномены пациента.

Следует отметить, что, хотя публичных дискуссий о деталях техники мало, ведется множество приватных разговоров о ней между аналитиками внутри небольших закрытых групп. Как результат этого существуют многочисленные изолированные фракции — факт, который приводит к эзотерической отчужденности и тормозит научный прогресс (Glover, 1955, p. 261).

Те, кто хочет предложить нововведения или модификации техники, обычно не обсуждают их с теми, кто более традиционен в своих взглядах. Они имеют склонность формировать свою группировку и работать скрытно, или, по крайней мере, отделиться от основного течения аналитической мысли. Вследствие этого новаторы утрачивают связь с теми группами в психоанализе, которые могли бы помочь утвердить, прояснить их новые идеи и внести в них поправки. Изолированные новаторы склонны становиться «дикими аналитиками», тогда как консерваторы из-за собственной замкнутости имеют тенденцию становиться ригидными и ортодоксальными. Вместо того чтобы конструктивно влиять друг на друга, каждый из них идет своим путем, как будто они противники и слепы ко всему, что каждый мог бы почерпнуть из открытой и непрерывной дискуссии.

Единственной, но очень важной причиной поддержания открытого форума по психоаналитической технике является необходимость продемонстрировать серьезному студенту другие техники, помимо той, что применяется его супервизором. Большой недостаток обучения технике лишь у небольшой группы наставников состоит в увеличении вероятности того, что кандидат сохранит определенные невротические трансферентные чувства к своим учителям, и это помешает ему найти технику, наилучшим образом подходящую к его личностной и теоретической ориентации. Молодые психоаналитики, которые получают очевидный штамп их личного аналитика, печать, которая походит на рабскую привязанность подростков, — не редкость. С другой

стороны, недавние выпускники, которые явно находятся в оппозиции к тренинг-аналитикам, могут быть точно так же опутаны неразрешенным неврозом переноса. Гловер (Glover, 1956, p. 262) называет такие реакции «переносами обучения» и подчеркивает, что они выставляют неопытного психоаналитика в смешном виде.

Впечатляет тот факт, что основы психоаналитической техники, которые Фрейд заложил в пяти небольших статьях почти 50 лет назад, до сих пор являются фундаментом психоаналитической практики (Freud, 1912a, 1912b, 1913b, 1914c, 1915a). Никаких признанных больших изменений или продвижений в стандартной психоаналитической технике с тех пор не было.

В частности, следует отдать дань восхищения гению Фрейда за столь раннее и четкое осознание сущности психоаналитической терапии. Однако существуют и другие причины отсутствия прогресса. Одним из таких решающих факторов является сложная эмоциональная связь между студентом, обучающимся психоанализу, и его учителями — неизбежное следствие существующих методов обучения психоанализу (Kairya, 1964; Greenacre, 1966a).

Тренинг-анализ, осуществляемый как часть профессиональной подготовки студента, обычно оставляет весьма ощутимое наследство в виде неразрешенных реакций переноса, которые ограничивают и деформируют развитие студента в области психоанализа. Когда аналитик пытается проводить психоаналитическую терапию в целях обучения, он усложняет свои отношения с пациентом-студентом, ненамеренно принимая на себя ответственность за его профессиональный рост. При этом тренинг-аналитик неизбежно теряет часть своего обычного инкогнито, расщепляет мотивацию пациента и усиливает тенденции кандидата к зависимости, покорности и псевдонормальному поведению. Кроме того, в треугольнике, состоящем из студента, психоаналитического учебного заведения и тренинг-аналитика, сам аналитик, не зная этого и даже против своей воли, встает на ту или другую сторону.

Одним из вторичных последствий неразрешенных проблем переноса-контрпереноса является нежелание психоаналитиков открыто показывать друг другу, как они в действительности работают. Это положение дел, может быть, повлияло и на самого Фрейда, который, согласно Джонсу (Jones, 1956, p. 230–231), часто говорил о своем намерении систематически описать психоаналитические техники, но так и не сделал этого. Стрэчи (Strachey, 1958) полагает, что отсутствие какого бы то ни было развернутого обсуждения контрпереноса в работах Фрейда может подтверждать это предположение.

Нежелание психоаналитика выставлять на всеобщее обозрение методы своей практики исходит частично и из другого, но родственного источника. Работа психоаналитика зависит от его собственных интимных и личных психических процессов (Greenson, 1966). В результате при раскрытии того, как аналитик работает, у него возникает чувство собственной уязвимости

и чувство, что он выставлен напоказ. Так как большая часть материала, предлагаемого пациентом, очень инстинктуализирована и вызывает отклик в терапевте, а понимание аналитиком пациента зависит от его особой эмпатической близости с ним, то могут возникать реакции стыда, враждебности и страха, когда требуется раскрытие данной ситуации. Как следствие этого, среди психоаналитиков много тех, кто боится публичности, и эксгибиционистов, а также тех, в ком присутствуют комбинации того и другого. Тот факт, что многие аналитики сдержанны в открытом обсуждении своей практической деятельности, приводит к тому, что они склонны соскальзывать на крайние позиции: либо ортодокса, либо сектанта.

Психоанализ — профессия одиночек, и психоаналитики чувствуют себя комфортно, принадлежа к какой-либо группе, но это блокирует и задерживает научный прогресс, так как поддерживает конформность. В том, что это профессия одиночек, есть и дополнительная, признанная опасность, а именно отсутствие другого аналитически подготовленного наблюдателя за развитием аналитической ситуации. Собственная точка зрения аналитика на то, что он делает, ненадежна и подвержена искажению в сторону идеализации.

Я не считаю, что присутствие наблюдателей или слушателей предпочтительней, так как мне кажется, что даже если это и незаметно, в таком случае искажается аналитическая ситуация. (Другие авторы, в особенности Мертон М. Гилл, имеют иные точки зрения.) В действительности, я думаю, аналитик, работающий наедине с пациентом, и, следовательно, защищенный от испытующих взглядов его коллег, предрасположен к пристрастности и некритичности по отношению к собственной технике.

Когда кто-либо детально описывает, что он делает, проводя психоанализ, он раскрывает не только многое об интимном вовлечении в работу с пациентом, но также и о своей личной жизни. Уникальный и самый важный рабочий инструмент аналитика — работа его предсознательного и бессознательного. Если он собирается подробно изложить, как и почему он подошел к какой-либо ситуации в анализе, он неизбежно должен будет раскрыть многие из своих фантазий, мыслей, черт характера и т. д. Обычная скромность и самозащита заставят его избежать любого чрезмерного раскрытия собственной интимной жизни.

Возможно, книга, которая описывает практику классической психоаналитической терапии, будет стимулировать всеобъемлющую, открытую и длительную дискуссию по психоаналитической технике. В этом случае вариации, нововведения, модификации и отклонения в технике смогут стать более ясными, будут проверены и, следовательно, будет установлена их научная ценность для психоанализа, что даст толчок прогрессу психоаналитической техники.

Я собирался писать эту книгу, приближаясь к техническим проблемам в том хронологическом порядке, как они возникают в ходе психоаналитической терапии. Я планировал начать со следующих этапов: «Предварительные интервью», «Переход к кушетке», «Первые аналитические часы» и т. д., но вскоре обнаружил, что невозможно говорить понятно, глубоко и в деталях о проблемах техники без досконального понимания сопротивления и переноса. Я также счел, что для предварительной ориентации студенты извлекли бы пользу из краткого обзора некоторых основных концепций психоаналитической теории и техники. Таким образом, эти тома составлены так, что после вводного обзора первый том начнется с разделов, посвященных сопротивлению и переносу, понятиям, которые являются фундаментальными для психоаналитической техники. Последняя часть первого тома посвящена психоаналитической ситуации. Она помещена в конец потому, что предлагает общий взгляд на связи между различными процессами, происходящими между пациентом и психоаналитиком (см. оглавление). Материалы второго тома будут более ориентированы на хронологический порядок.

Текст составлен так, что каждая глава по технике начинается с определения, которое иллюстрировано простыми клиническими примерами, затем следует краткий обзор литературы и теории, предваряющий переход к рассмотрению практических и технических вопросов. В обоих томах содержатся ссылки на библиографические источники по обсуждаемым вопросам. Там, где по отдельной теме имеются многочисленные ссылки, я даю библиографию в конце данной главы под специальным заголовком «Дополнительный список литературы». Я принял такой порядок во избежание нарушения плавности чтения материала, которое вызывает длинный библиографический список. В конце книги приведена обширная библиография.

Глава 1

ОБЗОР ОСНОВНЫХ КОНЦЕПЦИЙ

1.1. История развития психоаналитической терапии

Один из способов выяснить, что составляет сущность психоаналитической терапии, — бросить взгляд с высоты птичьего полета на ее историческое развитие и отметить основные этапы изменений технических процедур и терапевтических процессов. Ниже я изложу краткое содержание отдельных моментов работ Фрейда по данным вопросам. Более детальное обсуждение каждой темы, включающее работы других авторов, будет приведено в соответствующем месте в последующем тексте.

Позвольте мне прояснить терминологию. Я использую термин *техническая процедура*, говоря о приемах, инструменте, направлении действий, а также о средствах, предпринимаемых терапевтом или пациентом в целях содействия терапевтическому процессу. Гипноз, внушение, свободная ассоциация, интерпретация — примеры технических процедур. Термин *терапевтический процесс* используется по отношению к взаимосвязанным сериям психических событий, происходящих внутри пациента, последовательности психических сил и действий, которые имеют лечебную цель или эффект. Они обычно бывают вызваны техническими процедурами. Отреагирование, восстановление памяти, инсайт — терапевтические процессы. (Для сравнения см. работу Э. Бибринга (Bibring E., 1954) — сходный, но более исчерпывающий методологический подход к данному вопросу.)

Техника психоанализа не была обнаружена или изобретена вдруг. Она постепенно эволюционировала по мере того, как Фрейд искал способы эффективной помощи невротическим пациентам. Хотя позже он и предостерегал от излишнего энтузиазма при лечении, но именно терапевтическое намерение и привело его к открытию психоанализа.

Фрейд был проницательным клиницистом, он смог увидеть, что имеет значение в запутанных последовательностях клинических событий, являющихся следствиями различных технических процедур, которые он использовал.

У него был также дар воображения и теоретического осмысления, соединяя которые, он строил гипотезы о соотношении техники, клинических проявлений и терапевтических процессов. К счастью, Фрейд обладал той комбинацией темперамента и черт характера, которая дала ему возможность быть конкистадором, «искателем приключений» в области психики и внимательным научным исследователем (Jones, 1953, p. 348; 1955, Ch. 16). У него была уверенность в успехе и способность исследовать новые области мышления энергично и творчески. Когда что-то оказывалось неверным, у него хватало скромности изменить как технику, так и теорию.

При внимательном чтении технических и клинических статей Фрейда обнаруживается, что изменения в технике не были ни резкими, ни полными. Можно увидеть изменения в расстановке акцентов или в значимости, придаваемой данной процедуре или терапевтическому процессу. Вместе с тем можно выделить различные фазы в развитии технических процедур и в теории терапевтического процесса. Сам Фрейд кратко описал три фазы, но это было еще до того, как он подошел к структурной точке зрения (Freud, 1914c).

1.11. Изменения в технических процедурах

Хотя Фрейд в 1882 году знал о случае Анны О. от Брейера и изучал гипноз у Шарко с октября 1885 по февраль 1886, начав практиковать, он ограничивался использованием общепринятых терапевтических методов того времени. На протяжении почти 20 месяцев он применял электростимуляцию, водолечение, массаж и т. д. (Jones, 1953, Ch. 12). Не удовлетворенный результатами, он начал использовать гипноз в декабре 1887 года, очевидно, пытаясь подавить симптомы пациента.

В случае Эммы фон Н. (1889) Фрейд впервые использовал гипноз в целях катарсиса. Его терапевтический подход состоял в следующем: он гипнотизировал пациентку и приказывал ей рассказать о происхождении каждого из ее симптомов. Он спрашивал, что испугало ее, что вызвало рвоту или опечалило ее, когда происходили те события и т. д. Пациентка отвечала серией воспоминаний, что часто сопровождалось сильным аффектом. В конце Фрейд внушал пациентке, чтобы она забыла расстраивающие ее воспоминания.

К 1892 году Фрейд осознал, что его способность гипнотизировать пациентов сильно ограничена, и он встал перед выбором: либо отказаться от катартического лечения, либо попытаться делать это без сомнамбулической стадии (Breuer and Freud, 1893–1895, p. 108). Чтобы обосновать этот подход, он вспомнил, как Бернхейм продемонстрировал, что пациентов можно

заставить вспомнить забытые события просто путем внушения в бодрствующем состоянии (p. 109). Фрейд, следовательно, пришел к предположению, что пациенты знают все, что имело для них патогенное значение, и вопрос только в том, чтобы обязать их сообщить это. Он приказывал пациентам лечь, закрыть глаза и сконцентрироваться. Он надавливал на лоб и настойчиво говорил, что воспоминания должны появиться (p. 270).

Элизабет фон Р. (1892) была первой пациенткой, которую Фрейд вылечил внушением в бодрствующем состоянии. К 1896 году Фрейд совершенно отказался от гипноза[1]. Не совсем ясно, когда он отказался от использования внушения в качестве основного терапевтического инструмента. Тем не менее к 1896 году Фрейд уже закончил работу над «Толкованием сновидений», хотя оно не было опубликовано до 1900 года. Вероятно, со способностью постигать структуру и значение сновидений, возросло его умение интерпретировать их. Вследствие этого Фрейд получил возможность все более и более полагаться на спонтанное продуцирование материала пациентом. Он смог использовать интерпретации и конструкции, чтобы дойти до вытесненных воспоминаний.

Точная дата открытия процедуры свободных ассоциаций неизвестна. Очевидно, эта процедура постепенно развивалась между 1892 и 1896 годами, уверенно очищаясь от гипноза, внушения, давления и опрашивания, которые сопровождали ее вначале (Jones, 1953, p. 242—244). Намеки на нее появились уже в 1889 году, в случае Эммы фон Н. (Breuer, Freud, 1893—1895, p. 56). Джонс описывает реальный случай, когда Фрейд настойчиво расспрашивал Элизабет фон Р. и она упрекнула его в том, что он прерывает ход ее мыслей. Фрейд скромно последовал ее совету, и метод свободной ассоциации сделал гигантский шаг вперед.

Фрейд объяснял, что при отказе от гипноза и внушения теряется возможность расширения сознания, которое дает доступ к патогенным воспоминаниям и фантазиям. Свободная ассоциация выступает как вполне удовлетворительный их заменитель, позволяющий непроизвольным мыслям пациента войти в терапевтическую ситуацию. Вот описание этого метода, сделанное Фрейдом: «Не оказывая какого-либо давления, аналитик предлагает пациенту лечь удобно на софе, тогда как сам он сидит на стуле за ним, вне поля зрения пациента. Он даже не просит его закрыть глаза и избегает любых прикосновений, так же как избегает любых других процедур, которые могут напомнить о гипнозе. Сессия, следовательно, проходит как беседа между двумя людьми, в равной степени бодрствующими, но один из них воздерживается от любых мускульных усилий и сенсорных впечатлений, которые могут отвлечь

[1] См. комментарии Strachey, Standard Edition, 2: 111.

его внимание от собственной умственной деятельности... Для того чтобы добиться таких идей и ассоциаций, аналитик просит пациента «позволить себе войти» в такое состояние, «как если бы они беседовали бесцельно, бессвязно, наугад» (Freud, 1904, p. 250—251). Процедура свободной ассоциации стала известна как фундаментальное, или основное, правило психоанализа (Freud, 1912a, p. 107).

Свободная ассоциация остается основным и единственным методом коммуникации для пациентов в ходе психоаналитического лечения. Интерпретация же остается решающим, наиболее важным инструментом аналитика. Эти две технические процедуры придают психоаналитической терапии отличительные черты. Другие способы общения также встречаются в ходе психоаналитической терапии, но они являются не основными, а подготовительными, или вторичными, и не типичными для психоанализа. Этот момент будет обсуждаться в разделе 1.34.

1.12. Изменения в теории терапевтического процесса

Работа «Исследования истерии» (1893—1895) может рассматриваться как начало психоанализа. Фрейд пытался обнаружить то, что составляет сущность терапевтического процесса при лечении истерии. Впечатляет тот факт, что некоторые из тех явлений, которые уже в то время описал Фрейд, стали основой психоаналитической теории терапии. Как это было характерно для Фрейда, начав с борьбы по преодолению препятствий его терапевтическому подходу, позже он осознал, что эти помехи были решающими для понимания неврозов пациентов и терапевтического процесса. Настойчивость и гибкость дали возможность Фрейду справиться с множеством препятствий, что и привело к открытию психоанализа.

В «Предварительном сообщении» (1893) Брейер и Фрейд (Breuer, Freud, 1893—1895) утверждали: «*Каждый истерический симптом немедленно и надолго исчезал, когда нам удавалось пролить свет на воспоминания о событии, которым этот симптом был спровоцирован, и вызвать сопровождающий его аффект, и когда пациент описывал то событие как можно более детально и переводил аффект в слова*» (p. 6). Они полагали, что только путем отреагирования пациент может достичь полного «катартического» эффекта и, таким образом, освободиться от истерического симптома. Эти переживания, как они утверждали, отсутствовали в памяти пациента в нормальных условиях и могли быть получены только путем гипноза.

Патогенные мысли сохранялись столь «свежими» и аффективно заряженными потому, что они не были включены в нормальный процесс забывания. Они имели дело с «удушенными» аффектами (p. 17). Разрядка «удушенных» аффектов лишила бы патогенные воспоминания их силы, и симптомы бы исчезли.

В тот момент истории психоанализа отреагирование и разрядка рассматривались как терапевтические процессы, причем с акцентом на отреагировании. Терапевт гипнотизировал пациента и пытался заставить его вспомнить травматическое событие, чтобы затем произошло целительное катартическое переживание. У Анны О., которую Брейер лечил в 1882 году, бывали спонтанные гипнотические трансы, во время которых она переживала вновь прошлые травматические события. Когда она выходила из сомнамбулического состояния, она чувствовала облегчение. Таким образом, опыт Анны О. проложил путь для метода катартической терапии. Сама она называла это «лечение разговором» или «прочисткой труб» (p. 30).

Постепенно у Фрейда складывалось представление и о той силе в пациенте, которая противостоит лечению. Окончательно оно выкристаллизовалось в случае Элизабет фон Р., которую он не мог загипнотизировать и которая отказывалась сообщить некоторые свои мысли, несмотря на то, что он настаивал на этом (p. 154). Он пришел к заключению, что эта сила, сопротивляющаяся лечению, есть та же самая сила, которая удерживает патогенные мысли от осознания (p. 268). Целью этого была (p. 268) защита. «“Незнание” истерического пациента было фактически “нежеланием знать”» (p. 269–270). Задача терапевта, как считал Фрейд, была в том, чтобы преодолеть это сопротивление, что он и делал, «настаивая», подталкивая, расспрашивая, надавливая на лоб и т. д.

Фрейд признавал, что личное влияние врача может быть чрезвычайно значимо, и предлагал терапевту действовать как просветителю, учителю, духовному отцу (p. 282). Вместе с тем он осознал, что при определенных условиях отношение пациента к врачу может «нарушиться» — фактор, который превращает отношения пациент-врач в «наихудшее препятствие, которое мы можем встретить» (p. 301). Это может произойти, если пациент почувствует к себе пренебрежение, станет сексуально зависимым или перенесет на фигуру врача внушающие беспокойство мысли из содержания анализа (p. 302). При работе следовало вывести все на сознательный уровень и вернуться назад, к тому моменту в лечении, когда это возникло. Затем следовало попытаться побудить пациента к общению, несмотря на эти его чувства (p. 304).

Таким образом, Фрейд открыл явления сопротивления и переноса, хотя, по существу, они им рассматривались как помехи в работе. Главной целью было достичь аффективного отреагирования и восстановить травматические

воспоминания. Реакции переноса и сопротивления следовало обойти или преодолеть.

В работе «Исследования истерии» Фрейд пытался сфокусировать свои терапевтические усилия на индивидуальной симптоматике пациента. Он сознавал, что эта форма терапии — симптоматическая, а не каузальная (p. 262). В случае Доры, описание которого было опубликовано в 1905, хотя создано в 1901 году, Фрейд констатировал, что психоаналитическая техника полностью революционизирована (Freud, 1905a, p. 12). Он более не старался прояснить каждый симптом, один за другим. Он пришел к выводу, что такой метод совершенно неадекватен комплексной структуре невроза. Теперь Фрейд предлагал пациенту самому выбирать тему сессии, а сам начинал работу с того, что было на поверхности бессознательного в данный момент.

Очевидно, Фрейд понял, что терапевтический процесс в виде одного-единственного действия не может быть эффективным, так как невротические симптомы имеют множественные причины. Хотя он уже пришел к принципу сверхдетерминации в работе «Исследования истерии» (p. 173–174), но более отчетливо сформулировал свое мнение по этому вопросу в статье «Психоаналитический метод Фрейда», опубликованной в 1904 году. В этом эссе он утверждает, что изменения в технике от гипноза и внушения к свободной ассоциации привели к новым открытиям и, в «конечном счете, неизбежно повлекли за собой создание особой, хотя и не противоречащей прежней, концепции терапевтического процесса» (p. 250). Гипноз и внушение маскируют сопротивления и мешают выявить психические силы, действующие в пациенте. Путем избегания сопротивления можно получить лишь неполную информацию и достичь временного терапевтического успеха. Терапевтическая задача состоит в преодолении сопротивления, устранении вытеснения, в результате чего провалы в памяти будут заполнены.

Я полагаю, что здесь мы видим сдвиг в теории терапевтического процесса от доминирующей важности отреагирования аффектов к преодолению амнезии. Это не противоречит тому факту, что отреагирование имеет терапевтический эффект. Позволив осуществиться разрядке эмоционального напряжения, пациент обычно испытывает временное чувство облегчения. Более того, катарсис ценен тем, что эмоциональная разрядка снижает аффективную напряженность, а с меньшим количеством аффекта легче справиться. Более важен тот факт, что вербализация, сопровождающая разрядку эмоций и влечений, дает возможность исследовать их более четко. Но катарсис не является более конечной целью терапии. Я полагаю, что это как раз то, о чем Фрейд упоминал в связи с «особой, но не противоречащей концепцией», о чем говорилось выше.

Новый акцент был теперь сделан на том, чтобы бессознательное стало сознательным, на устранении амнезии и восстановлении вытесненных

воспоминаний. Сопротивление стало краеугольным камнем психоаналитической теории, было соотнесено с теми силами, которые вызывают вытеснение. Аналитик использует искусство интерпретации для того, чтобы преодолеть сопротивление.

В случае Доры (Freud, 1905a) Фрейд впервые подчеркнул решающую роль переноса. «Перенос, которому, кажется, предопределено было быть самой большой помехой психоанализу, становится его самым могучим союзником, если каждый раз его присутствие может быть обнаружено и объяснено пациенту» (p. 117). В постскриптуме к описанию этого случая Фрейд описывает, как пациентка внезапно прекратила лечение, потому что ему не удалось проанализировать множественные элементы переноса, которые вмешивались в терапевтическую ситуацию.

В работе «Динамика переноса» (Freud, 1912a) он описывает связь между переносом и сопротивлением, позитивный и негативный перенос и амбивалентность реакций переноса. Одно положение заслуживает цитирования, так как в нем отчетливо видна новая терапевтическая ориентация Фрейда. «Борьба между врачом и пациентом, между интеллектом и инстинктивной жизнью, между пониманием и стремлением действовать проигрывается почти исключительно в явлении переноса. На этом поле битвы должна быть победа — победа, которая выражается в долговременном излечении невроза. Не подлежит сомнению тот факт, что контроль над явлениями переноса связан для психоаналитика с большими трудностями. Но не следует забывать, что именно эти трудности оказывают нам неоценимую услугу, делая скрытые и забытые эротические влечения непосредственными и явными. Когда все сказано и сделано, невозможно уничтожить кого-либо in absentia[1] или effigie[2]» (p. 108).

С 1912 года последовательный анализ переноса и сопротивления стал центральным элементом терапевтического процесса. Позже, в том же году, Фрейд предостерегал против удовлетворения переноса и предлагал психоаналитику быть непроницаемым как зеркало для пациента и сохранять свою анонимность (Freud, 1912b, p. 118). В своей работе «Воспоминание, повторение и проработка» (Freud, 1914c) Фрейд описывает особую проблему отыгрывания, соотнося ее с переносом и сопротивлением и связывает ее с навязчивым повторением. Он использует термин «невроз переноса» для обозначения того, что во время психоанализа пациент замещает свой обычный невроз этим неврозом, вовлекая аналитика. Этот вопрос подробно рассматривается в главе XXVIII в «Лекциях по введению в психоанализ» (Freud, 1916–1917, p. 454–455).

[1] In absentia (*лат.*) — в отсутствие (*Примечание переводчиков*).

[2] Effigie (*лат.*) — по изображению (*Примечание переводчиков*).

В этой главе к дискуссии по терапевтическим процессам было добавлено кое-что новое: Фрейд отмечает, что при анализе переноса становится возможной перестройка Я (p. 455). Он утверждал, что интерпретация, трансформирует то, что было бессознательным, в то, что осознается, расширяет Я за счет бессознательного. В работе «Я и Оно»[1] (Freud, 1923b) Фрейд выразил эту мысль довольно сжато: «Психоанализ — инструмент, дающий возможность Я добиваться поступательной победы над Ид» (p. 56). В 1933 году Фрейд писал, что в психоанализе основные усилия направлены на то, чтобы «усилить Я, сделать его более независимым от Сверх-Я, расширить сферу восприятия и укрупнить его организацию так, чтобы оно могло присвоить свежую порцию Оно. Где было Оно, там будет Я» (p. 80). И снова в работе «Анализ конечный и бесконечный» (Freud, 1937a) Фрейд утверждает: «Дело анализа — обеспечить, насколько это возможно, наилучшие психологические условия для функционирования Я, только в этом случае он выполнит свою задачу» (p. 250).

Делая обзор исторического развития основных процедур и процессов психоаналитической терапии, можно заметить, что гипноз был оставлен, но все остальные элементы сохранились, хотя и совсем на других ролях в терапевтической иерархии (Loewald, 1955). Внушение не используется для получения воспоминаний и не является более главным терапевтическим приемом психоанализа. Оно может быть применено как временная поддерживающая мера, необходимость в которой в конечном счете должна быть проанализирована (это будет обсуждаться в разделе 1.34).

Отреагирование более не рассматривается как терапевтическая цель, но оно ценно в другом плане. Аналитик по-прежнему пытается выйти за пределы барьера сознания, но теперь он использует свободную ассоциацию, анализ сновидений и интерпретацию. Главное поле деятельности для аналитической работы — это область переноса и сопротивления. Мы надеемся сделать бессознательное сознательным, вернуть отвращенные[2] воспоминания и пре-

---

[1] Здесь и далее при ссылках на работы З. Фрейда мы переводим «Id», «Ego» и «Super-Ego» как «Оно», «Я» и «Сверх-Я», ориентируясь на традицию перевода немецких слов «Es»,«Ich» и «Über-Ich», так как в оригинале эти работы были написаны на немецком языке. В других случаях мы переводим эти термины как «Ид», «Эго» и «Супер-Эго» в соответствии со складывающейся традицией перевода англоязычных психоаналитических текстов (см. также обсуждение проблемы перевода этих терминов А.Казанской во вступительной статье «От редактора русского перевода» в кн.: *Томэ Х., Кэхеле Х.* Современный психоанализ. — М.., 1996, т. 1, с. 20–21; а также: *Балинт Микаэл.* Базисный дефект.— М.: Когито-Центр, 2002, с. 54–55; *Роут Шелдон.* Психотерапия: Искусство постигать природу.— М., Когито-Центр, 2002, с. 323–324) (*Примечание научного редактора*).

[2] Ward off (*англ.*) — здесь и далее переводится как «отвращать» (что-либо от себя) (*Примечание научного редактора*).

одолеть инфантильную амнезию. Но даже и это не концептуализируется более как конечная цель. Единственной целью психоанализа является увеличение относительной силы Эго по отношению к Супер-Эго, Ид и внешнему миру.

1.2. Теоретические основы техники

1.21. Связь между теорией и практикой

Прежде чем перейти к более полному и системному рассмотрению терапевтических процедур и процессов, сделаем краткий обзор некоторых основных теоретических концепций психоанализа. Между теорией и практикой существует реципрокная связь. Клинические открытия могут привести к новым теоретическим формулировкам, которые могут так повлиять на восприятие и технику аналитика, что станет возможным получение новых клинических инсайтов. Обратное также верно. Ошибочная техника может привести к искажению клинических данных, которые, в свою очередь, могут лечь в основу ошибочных теоретических построений. Всякий раз, когда интеграция между теорией и практикой недостаточна, страдают оба аспекта (Hartmann, 1951, p. 143). Например, с сопротивлением можно работать более эффективно, если знать многочисленные функции сопротивления, его связь с защитами, а также его цель в каждом конкретном случае.

Некоторые аналитики резко разделяют свои практические и теоретические знания. Одни делают это, пассивно следуя за пациентом до тех пор, пока какой-нибудь фрагмент материала не становится понятным, и затем неизбирательно сообщают его пациенту. Они неправильно используют идею, что бессознательное самого аналитика, его эмпатия являются наиболее важными инструментами терапии, и игнорируют необходимость проделывать некоторую интеллектуальную работу над получаемыми данными. Поэтому у них нет целостного взгляда на пациента, нет реконструкций более крупных частей жизни пациента, а есть лишь коллекция инсайтов. Заблуждения в другом направлении равно опасны; есть аналитики, которые слишком поспешно формулируют теории на основе скудных клинических данных. Для них анализ

становится некоторым состязанием ума или интеллектуальным упражнением. Такие аналитики избегают инстинктивного или эмоционального вовлечения в работу с пациентами, они отказываются от интуиции и эмпатии и становятся сборщиками данных или интерпретационными автоматами.

Психоаналитическая терапия предъявляет к аналитику очень противоречивые требования. Он должен вслушиваться в материал пациента, позволяя развиваться свободной игре своих собственных ассоциативных фантазий и воспоминаний; более того, он должен тщательно исследовать и осмысливать приобретенные таким образом инсайты до того, как они будут безопасно переданы пациенту (Ferenczi, 1919a, p. 189). Способность позволить себе свободно ассоциировать приобретается аналитиком из опыта собственного успешного анализа. Для того чтобы эффективно использовать теоретические знания на практике, ими нужно интеллектуально овладеть; они, кроме того, должны быть доступны, когда в них есть потребность, без доминирования над клиническим мастерством. Для того чтобы работа аналитика оставалась научной, необходимо, чтобы он имел способность свободно перемещаться от использования эмпатии и интуиции к своим теоретическим познаниям (Fenichel, 1941, p. 1—5; Kohut, 1959).

В первые годы развития психоанализа большая доля успеха в продвижении вперед была обусловлена клиническими открытиями. В последние же годы перевес, кажется, был на стороне техники. Когда Фрейд открыл решающую важность систематического анализирования сопротивления пациентов, он почти на двадцать лет опередил открытие сопричастности Эго к этой процедуре. Сегодня мы, по-видимому, знаем гораздо больше о функциях Эго, чем в состоянии использовать в нашей технике (Hartmann, 1951). Но я полагаю, что наша величайшая надежда на прогресс техники возлагается на более полную интеграцию клинических, теоретических и технических знаний.

1.22. Психоаналитическая теория невроза

Теория и техника психоанализа базируются в основном на клинических данных, полученных при изучении неврозов. Хотя в последние годы наметилась тенденция расширять рамки психоаналитических исследований, включая нормальную психологию, психозы, социологические и исторические проблемы, наши знания в этих областях не прогрессировали столь стремительно, как наше понимание психоневрозов (Freud A., 1954a; Stone, 1954b). Клинические данные по неврозам снабжают нас наиболее достоверным материалом для формулирования психоаналитической теории. Для того чтобы

понять теорию психоаналитической техники, читателю необходимо иметь определенные знания по психоаналитической теории невроза. «Лекции по введению в психоанализ» (Freud, 1916–1917) Фрейда и работы Нунберга (Nunberg, 1932), Фенихеля (Fenichel, 1945a), Уэлдера (Waelder, 1960) — великолепные источники по этому предмету. Здесь же я только намечу основные моменты, которые я считаю наиболее важными теоретическими посылками для понимания техники.

Психоанализ утверждает, что психоневрозы базируются на невротическом конфликте. Конфликт препятствует разрядке инстинктивных влечений, что кончается состоянием запруженности. Эго становится все менее способным справляться с усиливающимися напряжениями и в конце концов оказывается переполненным ими. Непроизвольные разрядки проявляются клинически как симптомы психоневроза. Термин «невротический конфликт» используется в единственном числе, хотя всегда имеется более чем один важный конфликт. Привычка и удобство заставляют нас говорить о единичном конфликте (Colby, 1951, p. 6).

Невротический конфликт — это бессознательный конфликт между импульсом Ид, стремящимся к разрядке, и защитой Эго, отвращающей непосредственную разрядку или доступ к сознанию. Временами клинический материал показывает конфликт между двумя инстинктивными потребностями, например, гетеросексуальная активность может быть использована для предотвращения гомосексуальных желаний. Анализ покажет, что гетеросексуальная активность может быть использована в таком случае в целях защиты, чтобы избежать болезненных ощущений вины и стыда. Гетеросексуальность в данном примере выполняет требования Эго и находится в оппозиции к более запретному инстинктивному импульсу — гомосексуальности. Следовательно, формулировка, что невротический конфликт есть конфликт между Ид и Эго, остается по-прежнему в силе.

Внешний мир также играет важную роль в формировании невроза, но и здесь, чтобы возник невротический конфликт, он должен переживаться как внутренний конфликт между Эго и Ид. Внешний мир может вызвать инстинктивные искушения и ситуации, от которых, видимо, следует уклоняться, так как они несут с собой опасность какого-то наказания. В результате мы будем иметь дело с невротическим конфликтом, если инстинктивные искушения или опасность будут заблокированы от сознания. Конфликт с внешней реальностью становится, таким образом, конфликтом между Ид и Эго.

Супер-Эго играет более сложную роль в невротическом конфликте. Оно может войти в конфликт на стороне Эго или Ид, или на стороне и того, и другого. Супер-Эго — это та инстанция, которая делает инстинктивное влечение запретным для Эго. Именно Супер-Эго заставляет Эго чувствовать себя виноватым даже за символическую и искаженную разрядку, и потому

сознательно она ощущается весьма болезненно. Супер-Эго также может войти в невротический конфликт, став регрессивно реинстинктуализированным так, что самоупреки приобретают качество влечения. Пациент, подавленный виной, может быть затем загнан в ситуации, вновь и вновь заканчивающиеся болью. Все части психического аппарата участвуют в формировании невротического симптома (см. Fenichel, 1941, Ch. II; 1945a, Ch. VII, VIII; Waelder, 1960, p. 35—47; и дополнительный список литературы).

Ид все время стремится к разрядке, оно будет пытаться получить некоторое частичное удовлетворение путем использования производных и регрессивных выходов. Эго, для того чтобы потакать требованиям Супер-Эго, должно искажать даже эти производные инстинктов так, чтобы они появлялись в замаскированной форме, едва узнаваемой как инстинктивная. Тем не менее Супер-Эго заставляет Эго чувствовать себя виноватым, и искаженная инстинктивная активность различными способами вызывает боль. Это ощущается как наказание, но никак не удовлетворение.

Ключевой фактор в понимании патогенного исхода невротического конфликта — это необходимость для Эго постоянно тратить энергию в попытках не дать опасным тенденциям доступа к сознанию и моторике. В конечном счете это приводит к относительной недостаточности Эго и к тому, что производные первоначального невротического конфликта переполняют истощенное Эго и прорываются в сознание и поведение. С этой точки зрения психоневроз может быть понят как травматический невроз (Fenichel, 1945a; Ch.VII, VIII). Относительно безобидный стимул способен возбудить какое-либо влечение Ид, которое может быть связано с запруженным инстинктивным резервуаром. Истощенное Эго не в состоянии осуществлять свои охранные функции, оно переполняется до такой степени, что вынуждено позволить некоторую разрядку инстинктивным влечениям, хотя даже такая разрядка будет замаскирована и искажена в своем проявлении. Эти замаскированные, искаженные непроизвольные разрядки проявляются клинически как симптомы психоневроза.

Позвольте мне проиллюстрировать это относительно простым примером. Несколько лет назад молодая женщина, миссис А., пришла для лечения в сопровождении своего мужа. Она пожаловалась, что не в состоянии выходить из дома в одиночку и чувствует себя в безопасности только с мужем. Кроме того, она пожаловалась на страх обморока, страх головокружения, боязнь недержания. Эти симптомы появились совершенно внезапно почти полгода назад, когда она была в косметическом кабинете.

Анализ, продолжавшийся несколько лет, показал, что фактическим толчком для внезапного появления фобий у пациентки было то, что ее причесывал мужчина-парикмахер. В конце концов мы смогли

обнаружить факт, что в тот момент она вспомнила, как ее причесывал отец, когда она была маленькой. В тот день она пошла в парикмахерскую в приятном предвкушении свидания с отцом, который собирался нанести первый визит молодоженам после их свадьбы. Он собирался остановиться в их доме, и она была переполнена восторгом, это она сознавала. Бессознательно же она чувствовала вину за эту любовь к отцу и главным образом бессознательную враждебность по отношению к мужу.

Очевидно, такое безобидное событие, как причесывание волос, возбудило старые сильные инцестуозные стремления, враждебность, вину и тревогу. Короче говоря, миссис А. нуждалась в сопровождении мужа, чтобы быть уверенной, что он не убит ее пожеланиями смерти. Кроме того, его присутствие охраняло ее от сексуального отыгрывания. Страхи обморока, головокружения, недержания были символическими представителями страха потери морального равновесия, потери самоконтроля, страха запятнать свою репутацию, унизиться, потерять свое высокое положение. Симптомы молодой женщины были связаны с приятными телесными ощущениями, так же как и с инфантильными фантазиями наказания.

Я полагаю, что можно сформулировать события следующим образом: причесывание волос возбудило вытесненные импульсы Ид, которые привели ее к конфликту с Эго и Супер-Эго. Несмотря на отсутствие явных невротических симптомов до неожиданного появления фобий, имелись признаки того, что ее Эго уже относительно истощено, а Ид испытывает необходимость в адекватной разрядке. У миссис А. годами были бессонницы, ночные кошмары, нарушения сексуальной жизни. В результате фантазии, вызванные причесыванием волос, увеличили напряжение Ид до такой степени, что оно затопило инфантильные защиты Эго и появились непроизвольные разрядки, что привело к формированию острого симптома.

Следует сразу отметить два дополнительных момента, хотя дальнейшее прояснение будет пока отложено. Эго пытается справиться с запретными или опасными влечениями Ид, прибегая к различным защитным механизмам, имеющимся в его распоряжении. Защиты могут быть успешными, если они обеспечивают периодическую разрядку инстинктивных напряжений. Они становятся патогенными, если большое число либидинозных или агрессивных импульсов исключены из контакта с остальной частью личности (Freud A., 1965, Ch. V). В конечном счете то, что вытеснено, возвращается в виде симптомов.

Невроз взрослого человека всегда построен вокруг какого-то ядра из его детства. Случай миссис А. показывает, что ее сексуальные чувства все еще фиксированы на детском образе ее отца, и сексуальность сейчас так же запретна, как и в детстве. Хотя миссис А. и преодолела свой детский невроз

в достаточной мере для того, чтобы эффективно действовать во многих областях жизни, она остается невротически регрессировавшей во всем, что касается генитальной сексуальности. Фобии ее детства и тревоги по поводу тела вернулись в ее взрослом неврозе. (Единственный невроз, не имеющий базы в детстве, — это истинный травматический невроз, который чрезвычайно редок и редко встречается в чистом виде. Он часто связан с психоневрозом. См.: Fenichel, 1945a, Ch.VII.)

1.23. Метапсихология психоанализа

Понятие психоаналитической метапсихологии относится к тому минимальному количеству допущений, на которых базируется система психоаналитической теории (Rapaport and Gill, 1959). Работы Фрейда по метапсихологии не являются полными и систематическими. Седьмая глава «Толкования сновидений» (Freud, 1900), «Статьи по метапсихологии» (Freud, 1915b, 1915c, 1915d, 1917b) и приложения к «Торможениям, симптомам и тревоге» (Freud, 1926a) — основные работы, на которые часто ссылаются в этой связи. В действительности Фрейд ясно сформулировал только три метапсихологических подхода: топографический, динамический и экономический. Генетический подход он, по-видимому, считал не требующим доказательств. Хотя Фрейд и не определил структурный подход, он полагал, что данный подход может заменить топографический (Freud, 1923b, p. 17). (См. по этому вопросу: Rapaport and Gill, 1959; Arlow, Brenner, 1964). Адаптивный подход также является неотъемлемым для психоаналитического мышления (Hartmann, 1939).

Клинический смысл метапсихологии подразумевает, что для того чтобы досконально понять психическое событие, необходимо проанализировать его с шести различных точек зрения: топографической, динамической, экономической, генетической, структурной и адаптивной. В клинической практике мы анализируем продукцию наших пациентов лишь частично и фрагментарно, в данном интервале времени. Тем не менее опыт учит нас, что мы действительно используем все эти подходы, когда пытаемся проработать наши первичные инсайты. Я попытаюсь набросать контуры этих концепций. В поисках более подробного обзора читателю следует обратиться к работам Фенихеля (1945a, ч. II), Рапапорта и Гилла (1959), Арлоу и Бреннера (1964).

Раньше всего Фрейд постулировал *топографический подход*. В седьмой главе «Толкования сновидений» (1900) он описал различные способы функционирования, которые определяют сознательные и бессознательные

явления. «Первичный процесс» властвует над бессознательным материалом, а «вторичный процесс» управляет сознательными явлениями. У бессознательного материала только одна цель — разрядка. Здесь нет чувства времени, порядка или логики, а противоположности могут сосуществовать без взаимного аннулирования. Конденсация и смещение — другие характеристики первичного процесса. Обозначение психического события как сознательного или бессознательного предполагает более чем просто качественное отличие. Характеристиками бессознательных феноменов являются архаичные и примитивные способы функционирования.

Позвольте мне проиллюстрировать это. Пациент рассказал мне такой сон: «Я сооружаю пристройку к передней части моего дома. Вдруг меня прерывает плач моего сына. Я ищу его, переполненный ужасными ожиданиями, и вижу его в отдалении, но он убегает прочь. Я начинаю сердиться и в конце концов ловлю его. Я принимаюсь выговаривать ему за то, что он убегал от меня, и вдруг замечаю, что у него треугольная рана в углу рта. Я говорю ему, чтобы он не разговаривал, так как разрез станет больше. Я вижу розовую плоть под кожей и чувствую тошноту. Потом я осознаю, что это вовсе не мой сын, а мой старший брат. Он улыбается мне снисходительно, как будто одурачил меня. Я отворачиваюсь от него, но смущаюсь, так как чувствую, что я потный и разгоряченный, и он может заметить, что от меня дурно пахнет».

Ассоциации пациента можно свести к следующему: «Мой старший брат, бывало, задирал меня, когда я был маленьким, но затем у него был нервный срыв, и я стал сильнее его. Мой брат копирует меня во всем. Когда я купил многоместный легковой автомобиль, он купил такой же. Когда мы с женой забеременели, он тоже забеременел. Похоже, у моего брата проблемы с маскулинностью. Его сын в четыре года все еще в кудряшках и не говорит. Я пытался ему объяснить, что кудри мальчику не к лицу».

В этом месте я вмешался и отметил, что пациент сказал: «Когда мы с женой забеременели, он тоже забеременел». Пациент, защищаясь, ответил, что это просто его манера говорить. Затем он рассмеялся и сказал, что, возможно, он думал, что может иметь ребенка, когда был маленьким. Его мать сожалела, что он родился мальчиком, она завивала ему локоны и одевала в платья. Он действительно помнил, что играл с куклами до шести лет. Треугольная рана напомнила ему сильный разрез, который он видел у своего товарища по играм в детстве. Этот разрез навел его на мысль о вагине. Его жена перенесла операцию на вагине, и ему становится плохо, когда он об этом думает.

Я снова вмешался и показал пациенту, что сон содержит мысль о том, что лучше помолчать, если хочешь спрятать рану, если же будешь разговаривать, то выставишь ее напоказ. Пациент задумался, а потом сказал, что он предполагает, что боится раскрыть некоторое свое

беспокойство по поводу своей мужественности. Может быть, у них с братом происходила некоторая активность гомосексуальной природы, как мы предположили ранее.

Сон и ассоциации ясно демонстрируют некоторые характерные черты первичного и вторичного процессов. «Я сооружаю пристройку к передней части моего дома», — вероятно, символизирует фантазию беременности в бессознательном моего пациента-мужчины. Это появляется и позже, в его ассоциациях, когда он говорит: «Когда мы с женой забеременели, он тоже забеременел». Треугольная рана символизирует образ вагины у пациента. Это также намекает на его кастрационную тревогу, проявляющуюся в ощущении тошноты во сне, и в плохом самочувствии при мысли об операции на вагине, которая пришла во время ассоциаций. Сын превращается во сне в его брата, но это не вызывает никакого удивления во сне, где логика и время не важны. Однако это превращение выражает в конденсированной форме, что хотя на поверхности пациент может казаться командиром, но и в прошлом, и в аналитической ситуации пациент имел и все еще имеет некоторые пассивные, анальные и феминные установки и фантазии. Треугольный разрез является как смещением снизу вверх[1], так и конденсацией. Маленький мальчик, убегающий прочь, является также конденсацией сына пациента, на которого направлены его гомосексуальные желания и тревоги, старшего брата пациента и его самого. Сам анализ в данном сновидении представлен в виде сооружения пристройки, страшных ожиданий, убегания прочь и предостережения хранить молчание. Аналитик представлен как человек, бегущий за маленьким мальчиком, сердящийся на него за то, что он убегает прочь, улыбающийся снисходительно и смущающий тем, что может заметить дурной запах.

Я думаю, что это сновидение и ассоциации продемонстрировали множество качеств первичного и вторичного процессов, как они предстают в каком-либо фрагменте клинической работе.

Динамический подход предполагает, что психические феномены являются результатом взаимодействия разных сил. Фрейд (Freud, 1916–1917, p. 67) для демонстрации этого использует анализ ошибок: «Я попросил бы вас держать в голове как модель тот способ, которым мы исследуем эти феномены. Из этого примера вы можете узнать цели нашей психологии. Мы стараемся не просто описать и классифицировать явления, но и понять их как проявление взаимодействия сил в психике, как манифестацию целенаправленных устремлений, конкурирующих или находящихся во взаимной оппозиции. Мы имеем дело с *динамическим взглядом* на психические феномены». Это допущение является основой для всех гипотез, рассматривающих инстинктивные влечения,

[1] То есть от вагины ко рту (*Примечание научного редактора*).

защиты, интересы Эго и конфликты. Формирование симптомов, амбивалентность и сверхдетерминация — примеры динамики.

Пациент, который страдал от преждевременной эякуляции, имел бессознательные страхи и ненависть к вагине. Она представлялась ему ужасной, гигантской полостью, которая могла бы поглотить его. Это грязная, скользкая, тошнотворно растянутая труба. В то же самое время вагина была сладкой, сочной, дающей молоко грудью, которую он страстно хотел взять в рот. Во время полового акта он колебался между фантазиями, что, с одной стороны, огромная вагина поглотит его, и, с другой — его эрегировавший пенис может прорвать и распороть ее хрупкие и тонкие стенки, так что они закровоточат. Его преждевременная эякуляция была выражением желания запачкать и унизить этот ненавистный орган, а также убежать прочь от этих опасных и хрупких гениталий. Это была и символическая попытка, мольба к обладательнице вагины: «Я всего лишь маленький мальчик, который просто мочится в вагину, отнесись ко мне хорошо». Преждевременная эякуляция была компромиссом между различными проявлениями разрушительной чувственности и оральными желаниями. По мере прогресса анализа и так как его жена продолжала сохранять с ним сексуальные отношения, он смог выражать свою агрессивную чувственность в мощной фаллической активности, а оральную фиксацию — в предварительной половой игре.

Экономический подход имеет отношение к распределению, преобразованию и расходу психической энергии. На нем базируются такие концепции, как связывание, нейтрализация, сексуализация, агрессивизация[1] и сублимация.

Примером экономического подхода может служить случай миссис А., который я описал в разделе 1.22. До того как у нее внезапно появились фобии, она находилась под давлением запруженных инстинктов, но ее Эго было еще в состоянии выполнять защитные функции достаточно адекватно, поэтому у миссис А. не было очевидных симптомов. Она была в состоянии сохранять психическое равновесие, избегая сексуальных отношений с мужем, а если она должна была участвовать в них, она не позволяла себе сексуально возбуждаться. Это отнимало много энергии ее Эго для защиты, но она была в состоянии сохранять контроль до инцидента с причесыванием. В этот момент визит отца и причесывание волос вызвали сексуальные и романтические воспоминания. Кроме того, это увеличило ее враждебность к мужу. Эго миссис А. не смогло справиться с этим новым притоком

1 Aggressivization — агрессивизация, по аналогии с sexualization — сексуализация (*Примечание научного редактора*).

сильного стремления Ид к разрядке. Инстинктивные влечения вырвались в виде страха обморока, страха головокружения и боязни недержания. Это привело к фобии: она боялась выходить из дома без сопровождения мужа. Чтобы полностью понять, почему произошел слом способностей миссис А. к защите, необходимо рассмотреть изменения в распределении ее психических энергий.

Генетический подход используется для изучения происхождения и развития психических феноменов. Он имеет дело не только с тем, как прошлое претворяется в настоящее, но и с тем, почему в данном конкретном конфликте было принято специфическое решение. Это фокусирует внимание как на биологических, конституциональных факторах, так и на испытанных переживаниях.

Пример: мой пациент, мистер Н., утверждал, что он был любимым сыном и матери, и отца. В качестве доказательства он рассказал, что ему позволили поехать мальчиком в летний лагерь, а позже — отпустили в колледж. Оба его младших брата никогда не получали таких привилегий. Он также утверждал, что он счастливо женился, хотя он редко имел сексуальные отношения с женой и часто изменял ей. Он чувствовал себя вполне счастливым человеком, хотя и страдал от периодических депрессий и от импульсивных приступов страсти к азартным играм.

Одним из основных защитных маневров пациента было коллекционирование покрывающих воспоминаний[1]. Воспоминания, которые воскрешались в его памяти, были достоверны, но они сохранились для того, чтобы отвратить память о несчастливых переживаниях. Временами с ним действительно обращались как с любимым сыном, но это было редко и нетипично. Его родители были непоследовательны и лицемерны, что явилось решающим фактором в формировании его симптоматики. Родители часто отвергали его и лишали чего-то, а когда он жаловался, указывали ему на некоторые особые удовольствия, которые доставили ему когда-то в прошлом. То, что его родители делали с ним сознательно, мой пациент делал бессознательно, используя покрывающие воспоминания. Он отрицал свое прошлое и настоящее несчастье с помощью покрывающих воспоминаний, которые свидетельствовали об обратном. Периоды его депрессии раскрывали глубоко спрятанную печаль. Игра в азартные игры была попыткой доказать, что он счастливчик, он — любимое дитя «Госпожи Удачи».

---

[1] «Покрывающие воспоминания» («screen memory», *англ.*) — воспоминания, имеющие целью скрыть другие воспоминания и связанные с ними аффекты и влечения. Аналогично этому мы переводили термины «screen affects», «screen defences», «screen identity» как «покрывающие аффекты», «покрывающие защиты», «покрывающая идентичность» (*Примечание научного редактора*).

Структурный подход предполагает, что психический аппарат может быть разделен на несколько устойчивых функциональных единиц. Это был последний большой вклад Фрейда в теорию психоанализа (Freud, 1923b). Концепция психического аппарата как состоящего из Ид, Эго и Супер-Эго произошла из структурной гипотезы. Она подразумевается, когда мы говорим о таких межструктурных конфликтах, которые возникают при симптомообразовании, или о таких внутриструктурных процессах, как синтетическая функция Эго.

Клинической иллюстрацией может служить описанный выше случай пациента, страдающего преждевременной эякуляцией. Когда он начинал лечение, он утратил в сексуальных ситуациях функцию Эго по различению. Все женщины становились его матерью, все вагины были нагружены орально-садистическими и анально-садистическими фантазиями. По мере улучшения он больше не регрессировал подобным образом в сексуальных ситуациях. Его Эго могло различать мать и жену, устремления его Ид затем смогли прогрессировать от оральных и анальных к фаллическим.

Наконец, в настоящее время мы также формулируем *адаптивный подход*, хотя Фрейд только предполагал его наличие. «Концепция адаптивности подразумевается, например, Фрейдом при рассмотрении проблемы взаимосвязи между влечением и объектом и в рассуждениях Хартманна и Эриксона о врожденной готовности к изменяющимся параметрам среднеожидаемой окружающей среды» (Rapaport and Gill, 1959, p. 159–160).

Все, что касается рассмотрения взаимоотношений с окружающей средой, с объектами любви и ненависти, отношений к обществу и т. д., основывается на этом подходе. Все клинические примеры, которые я привел ранее, также являются примерами попыток адаптации.

1.24. Теория психоаналитической техники

Психоаналитическая терапия — каузальная терапия, она пытается уничтожить причины, вызывающие невроз. Ее цель — разрешение невротических конфликтов пациента, включая инфантильный невроз, который служит центром взрослого невроза. Разрешение невротических конфликтов означает воссоединение с сознательной частью Эго той части Ид, Супер-Эго и бессознательной части Эго, которые были исключены из процессов созревания здоровой части личности.

Психоаналитик познает элементы бессознательного через его производные. Все отвращенные компоненты Ид и Эго создают производные —

«полукровки», которые не осознаны, однако высоко организованы в соответствии с вторичными процессами и доступны сознательному Эго (Freud, 1915b, p. 190–192; Fenichel, 1941, p. 18).

Процедура, которая необходима в психоанализе, и которую пациент должен использовать для того, чтобы облегчить передачу производных, — это свободная ассоциация, так называемое «основное правило психоанализа» (Freud, 1913b, p. 134–136; 1915b, p. 149–150). Эти производные появляются в свободных ассоциациях пациента, снах, симптомах, в ошибочных действиях, а также в отыгрываниях.

Пациента просят, насколько это возможно, позволить мыслям появиться и безотносительно к логике и порядку высказывать их; ему следует говорить даже такие вещи, которые кажутся ему тривиальными, постыдными, невежливыми и т. п. Благодаря тому, что мыслям *позволяется* свободно приходить на ум, возникает регрессия на службе Эго, и производные бессознательного Эго, Ид и Супер-Эго стремятся выйти на поверхность. Пациент движется от строгого мышления вторичного процесса в направлении первичного. Задача аналитика — анализировать эти производные для пациента. (Значение термина «анализировать» и других технических и клинических терминов будет обсуждаться в разделе 1.3.)

Хотя пациент, страдающий от невроза, начинает психоаналитическое лечение с сознательным мотивом измениться, существуют бессознательные силы, которые противостоят изменениям, защищая невроз и status quo. Эти силы препятствуют процедурам и процессам лечения и называются *сопротивлениями*. Сопротивления происходят от тех же самых защитных сил Эго, которые формируют часть невротического конфликта. В ходе лечения пациент повторяет все различные формы и варианты защитных маневров, которые он использовал в прошлом. Анализ сопротивления — один из краеугольных камней психоаналитической техники. Поскольку сопротивление есть проявление защитных и искаженных функций Эго, именно его психоаналитик и должен анализировать в первую очередь. Инсайт может быть эффективен только в том случае, если пациент в состоянии упрочивать и поддерживать разумное Эго. Сопротивление служит препятствием для этого Эго, поэтому сопротивление должно быть проанализировано прежде, чем будет проделана любая другая аналитическая работа.

> Например, молодой человек, казалось, колеблется, рассказывать ли мне нечто неблаговидное о своей жене. Когда он считал ее виноватой, он быстро прощал или оправдывал ее проступки. Я указал ему на этот защитный аспект, однако он вначале отрицал его, а затем, со слезами на глазах, подтвердил, что я прав. Он осознал, что старался скрыть недостатки своей жены, так как был уверен, что я буду ожидать от него

> развода с женой, узнав, насколько она неадекватна. Когда я начал исследовать вопрос о разводе, пациент вспомнил, что в детстве его отец неоднократно угрожал разводом его матери, когда он находил в ней недостатки. И теперь стало ясно, что его нерешительность была вызвана опасениями, что я буду действовать, как его отец. Он пытался защитить жену от меня, как он хотел защитить свою мать от отца.
>
> Только после того, как пациент узнал источник сопротивления, он смог продвинуться в понимании того, что это он, а не я был тем, кто имел такое сильное «отцовское» негодование против его жены. Потребовался длительный анализ для того, чтобы узнать, что, хотя он и хотел защитить свою мать от отца, у него у самого было огромное чувство негодования по отношению к матери. Бессознательно он хотел, чтобы я настаивал на его разводе с женой, как некогда он хотел, чтобы так поступил его отец по отношению к матери.

В этом клиническом примере необходимо было проанализировать каждый аспект сопротивления шаг за шагом, чтобы дать возможность пациенту увидеть реальную ситуацию. Во-первых, он должен был осознать, что боялся, что я захотел бы его развода, из-за чего он скрывал от меня подробности, касающиеся его жены. Затем он осознал, что путал меня со своим отцом, а свою жену — с матерью. Наконец, пациент смог признать и то, что за его защитными чувствами по отношению к матери скрывается большая доля враждебности к ней. Каждый шаг в анализе сопротивления предполагает, что разумное Эго пациента должно иметь возможность увидеть некоторые иррациональные, разрушающие аспекты своей деятельности.

Этот клинический пример приводит к другой основной психоаналитической технике. Невротические пациенты склонны к *реакциям переноса*. Перенос — один из основных и наиболее ценных источников материала для анализа, одна из наиболее важных мотиваций и одновременно величайшее препятствие на пути к успеху анализа. Фрустрация инстинктов невротика заставляет его бессознательно искать объекты, на которые он мог бы перенести свои либидинозные и агрессивные импульсы. Пациент склонен повторять свое прошлое в человеческих отношениях для того, чтобы получить удовлетворение, которое он не получил в свое время, или запоздало овладеть некоторой тревогой или виной. Перенос — это повторное проживание прошлого, ошибочное понимание настоящего посредством прошлого. С точки зрения теории техники психоанализа основное значение реакций переноса заключается в том, что, если обращаться с реакцией переноса должным образом, пациент будет переживать в ситуации лечения по отношению к аналитику все значимые человеческие отношения своего прошлого, которые сознательно не вполне доступны ему (Freud, 1912a).

Психоаналитическую ситуацию структурируют таким образом, чтобы облегчить максимальное развитие реакций переноса. Установка аналитика

на депривацию и его относительное инкогнито помогают раскрыть полную гамму чувств и фантазий переноса. Кроме того, именно последовательный анализ переноса, как в аналитической ситуации, так и вне ее дает возможность пациенту выдерживать перенос в различных вариантах и интенсивности.

Перенос также является источником величайшего сопротивления во время анализа. Пациент может упорно работать в начале анализа для того, чтобы получить благосклонность аналитика. Неизбежно пациент почувствует некоторую форму отвержения, потому что все наши пациенты на опыте испытали это отвержение в прошлом, и у аналитика есть существенная установка на неудовлетворение. Враждебные чувства вытесненного прошлого или запрещенные сексуальные желания детства и отрочества будут вызывать у пациента сильное стремление бессознательно бороться против аналитической работы. Качество и количество «трансферентных сопротивлений» детерминировано прошлым пациента. На продолжительность этих реакций также будет влиять то, насколько эффективно психоаналитик анализирует проблемы переноса, которые вызывают сопротивление.

Следует добавить несколько слов об относительно невротическом, рациональном и реалистическом отношении пациента к аналитику — о *«рабочем альянсе»* (Greenson, 1965a). Эта часть взаимоотношений пациент — аналитик, которая дает возможность пациенту идентифицироваться с точкой зрения аналитика и работать с аналитиком, несмотря на невротические реакции переноса.

Психоаналитическая техника направлена непосредственно на Эго, ибо только Эго имеет прямой доступ к Ид, к Супер-Эго и к внешнему миру. Наша цель — дать Эго возможность отказаться от его патогенных защит или найти более подходящие (Freud A., 1936, p. 45–70). Старые защитные маневры оказываются неадекватными; новые, отличающиеся от прежних защиты или их отсутствие могут допускать некоторые инстинктивные выходы, не сопровождающиеся чувством вины или тревоги. Разрядка Ид уменьшает давление инстинктов, и Эго оказывается на относительно более сильных позициях.

Психоаналитик надеется побудить относительно зрелые аспекты Эго пациента оспорить то, что Эго однажды изгнало из сознательного как слишком опасное. Аналитик ожидает, что под защитой «рабочего альянса» и позитивного несексуализированного переноса пациент сможет по-новому взглянуть на то, что он однажды посчитал слишком угрожающим, сможет переоценить ситуацию и в конечном счете отважится новыми способами противостоять старой опасности. Постепенно пациент осознает, что инстинктивные импульсы детства, которые были слишком сильны для ресурсов детского Эго и были искажены детским Супер-Эго, могут быть пересмотрены во взрослом возрасте.

Психологическая работа, которая имеет место после того, как достигнут инсайт, и которая приводит к стабильным изменениям в поведении или

отношении, называется *проработкой* (Greenson, 1965b). Она состоит из таких процессов, как утилизация и ассимиляция инсайта и переориентация (Bibring E. , 1954). Эти процессы будут обсуждаться в следующем разделе.

Психоанализ пытается, таким образом, повернуть вспять процесс формирования невроза (Waelder, 1960, p. 46). Единственно надежным решением проблемы является достижение структурных изменений в Эго, которые позволят ему отказаться от его защит или найти какую-нибудь другую защиту, допускающую адекватную разрядку инстинктов (Fenichel, 1941, p. 16).

Разрешите мне проиллюстрировать типичную последовательность событий таким клиническим примером. Двадцатисемилетняя женщина, миссис К., хотела пройти анализ по различным причинам. В течение нескольких лет у нее бывали моменты бесчувственности, оцепенелости, «ухода», ощущения себя «зомби». Кроме того, у нее бывали периоды депрессии, она была не способна испытывать оргазм при сексуальных отношениях, и недавно появились импульсивно-навязчивые идеи иметь половую связь с негром. Последний симптом был наиболее мучителен для нее, именно он вынудил ее обратиться за лечением. Я использую этот симптом как отправную точку для иллюстрации приведенного выше теоретического описания целей и задач психоаналитической техники (см. Altman (1964), его сообщение о дискуссии группы специалистов по данному вопросу, особенно о вкладе Н. Росса).

Представители других психотерапевтических школ попытались бы облегчить симптомы пациентки, но только психоаналитики пытаются сделать это путем разрешения невротического конфликта, который стоит за симптомами. Другие терапевты могли бы пытаться помочь пациентке, усиливая ее защиты или используя перенос и внушение для того, чтобы сместить или ослабить ее сексуальные импульсы, направленные на негра. Или они могут пытаться справиться с конфликтом между защитами и инстинктами предложением каких-то выходов для инстинктов, которые будут возможны под защитой подобного Супер-Эго переноса на психотерапевта. Некоторые терапевты могут использовать медикаменты, для того чтобы ослабить либидинозные влечения и таким образом помочь «осажденному» Эго пациентки. Другие могут предложить такие средства, как алкоголь или фенобарбитал, которые могут временно притупить требования Супер-Эго пациентки. Все эти методы могут помочь, но они временны, так как не приводят к стабильному изменению в психических структурах, вовлеченных в бессознательный конфликт, являющийся причиной симптома.

Психоаналитическая терапия попытается помочь пациентке осознать все различные бессознательные влечения, фантазии, страхи, чувства вины и наказания, которые выражаются в конденсированной форме в ее симптомах. Случай миссис К. я использовал как пример постепенного постижения того факта, что негр был маской для

властного, сексуально привлекательного и внушающего страх в период ее пубертата рыжеволосого отчима. Импульсивно-навязчивая идея о сексуальных отношениях с неграми была продемонстрирована, как произошедшая частично от замаскированного инцестуозного страстного желания отчима. Это было также ширмой для садомазохистских импульсов и скрывало «туалетизацию» сексуальности. Негр также представляет собою конденсацию анально-фаллического мужчины — представления, относящегося к ее трехлетнему возрасту. Болезненное качество симптома было результатом самонаказания из-за вины за запретные влечения.

По мере того как пациентка постепенно постигала это, ее Эго больше не нужно было потреблять так много энергии в попытках вытеснить запретные влечения и фантазии. Ее разумное Эго могло принять теперь понимание того, что инцестуозные фантазии — не то же самое, что действия, и что они являются неотъемлемой частью взросления в нашем обществе. Миссис К. могла теперь увидеть, что ее Супер-Эго было слишком суровым и садистским. Она осознала, что жестоко себя попрекала в манере, сходной с ее мазохистскими сексуальными фантазиями. Желание бить и быть избитой, а также желание испачкать представляет собой регрессивные попытки получить замены сексуального удовлетворения.

По мере того как пациентка принимала все это и прежде неосознанные явления становились осознанными, появились заметные изменения в трех психических структурах. Эго перестало нуждаться в использовании регрессии, реактивного образования и изоляции против импульсов, которые были раскрыты. Это стало возможным потому, что ее суровое Супер-Эго стало менее садистским по отношению к Эго. Анальные садомазохистские влечения, будучи представлены сознанию, потеряли свою интенсивность; устремления ее Ид изменились в направлении получения генитального удовольствия. Изменения инстинктивных влечений сделали возможным для миссис К. получение несколько большего сексуального удовлетворения с мужем, и она утратила импульсивную навязчивость в стремлении к негру.

Анализ реакции переноса и сопротивления играл важную роль во всех этих событиях. Например, сексуальные чувства миссис К. по отношению к ее отчиму прояснились, когда она начала осознавать свои чувства, что я был для нее сексуально привлекателен, хотя, как она говорила, я был гораздо старше, настолько, что мог бы быть ее отцом. Ее фантазии о том, чтобы быть побитой, проявились в анализе как страх, что я буду бить ее, а затем как желание, чтобы я сделал это. У миссис К. было сильное сопротивление рассказывать о некоторых ее сексуальных фантазиях, потому что она чувствовала себя так, как будто я подсматриваю за ней в туалете. Это привело к обнаружению того, что она «туалетизировала» свою сексуальность.

Миссис К. упорно работала в анализе и почти через полгода выработала довольно надежный рабочий альянс со мной. Несмотря на болезненность реакций переноса и сопротивления, она смогла со временем идентифицироваться с моей аналитической точкой зрения и попыталась понять свои невротические реакции.

Временное и частичное улучшение побудило пациентку пойти дальше в своем лечении. Теперь она была в состоянии разрешить себе регрессировать глубже в аналитической ситуации и позволить себе пережить еще более ранние формы своего невротического конфликта. Сексуальное желание к негру также было важной защитной функцией против сильных гомосексуальных импульсов. Было показано, что они, в свою очередь, происходят от глубоко вытесненных оральных сосательных импульсов по отношению к матери, которые воспринимались как угроза отдельной идентичности пациентки. Наряду с этим конфликтом имелась огромная примитивная ярость по отношению к матери, ярость, которая воспринималась пациенткой как опасная для матери и как угроза существованию самой миссис К. Осознание различных уровней невротического конфликта между защитой и инстинктом привело к постепенным изменениям в структуре Эго, Ид и Супер-Эго пациентки. От некоторых старых защит мы отказались как от ненужных, были найдены новые защиты, которые делали возможным инстинктивное удовлетворение без вины. Были изменены взаимоотношения между психическими структурами в целом, и вместе с этим возникли новые, более удовлетворяющие и эффективные отношения с внешним миром.

1.3. Компоненты классической психоаналитической техники

Теперь, после общего обзора психоаналитической терапии, ее исторического развития и теоретических основ, мы перейдем к разделу, который имеет целью дать введение в современную технику. Он состоит из рабочих определений, а также описания терапевтических процедур и процессов, которые применяются в классическом психоанализе. Цель этого

раздела — дать глоссарий технических терминов, концепций и продемонстрировать, как некоторые из них используются в частичных и выхолощенных видах аналитической терапии в сравнении с психоаналитической терапией (Bibring E., 1954; Greenacre, 1954; Gill, 1954; дополнительный список литературы).

1.31. Продуцирование материала

1.311. Свободная ассоциация

В классическом психоанализе *свободная ассоциация* является преобладающим способом сообщения клинического материала пациентом. Обычно работа со свободными ассоциациями начинается после того, как предварительные интервью будут завершены. В предварительных интервью аналитик оценивает способность пациента работать в психоаналитической ситуации. Часть этой работы состоит в определении того, имеет ли Эго пациента достаточную эластичность, чтобы колебаться между более регрессивными функциями Эго, которые необходимы при свободном ассоциировании, и более прогрессивными функциями Эго, требующимися для понимания аналитических вмешательств, ответов на прямые вопросы и возобновления обыденной жизни в конце сессии.

Пациент обычно свободно ассоциирует большую часть сессии, но он может рассказать также сновидения или другие события повседневной жизни или прошлого. Для психоанализа характерно, что пациента просят ассоциировать при пересказе сновидений или других переживаний. *Свободная ассоциация имеет приоритет над другими способами продуцирования материала в аналитической ситуации.*

Однако свободное ассоциирование может использоваться на службе сопротивления. Тогда задача психоаналитика будет состоять в том, чтобы проанализировать такое сопротивление для того, чтобы восстановить нормальный процесс свободного ассоциирования. Случается также, что пациент не может остановить свободное ассоциирование из-за того, что функции Эго нарушены. Это пример чрезвычайной ситуации, возникающей в курсе анализа. И здесь задачей аналитика будет попытаться восстановить мышление Эго — логическое мышление вторичного процесса. Он, вероятно, будет вынужден применять внушение и директивные указания для того, чтобы добиться этого. Это не аналитический прием, но он необходим, так как, судя по всему, мы можем здесь иметь дело с психотической реакцией в начальной стадии.

Свободная ассоциация — основной метод продуцирования материала в психоанализе. Этот метод используется в отдельных случаях и в других формах вскрывающей[1] психотерапии, так называемых «психоаналитически ориентированных психотерапиях». Свободная ассоциация не используется в неаналитической терапии, в укрывающей, или поддерживающей[2], терапии.

В разделе, посвященном тому, что психоанализ требует от пациента, будет представлено дальнейшее обсуждение свободной ассоциации (раздел 4.12). Введение процедуры свободной ассоциации в связи с переходом к кушетке будет описано во втором томе.

1.312. РЕАКЦИИ ПЕРЕНОСА

Уже с момента лечения Доры Фрейд осознал, что реакции переноса пациента и его сопротивления дают весьма важный материал для аналитической работы (1905a, p. 112–122). Вследствие этого аналитическая ситуация организована так, чтобы максимально облегчить развитие переноса пациента. Сопротивления имеют целью предотвратить это развитие или затруднить анализ переноса. Как сопротивление, так и перенос являются носителями существенной информации о прошлом пациента, о его вытесненной истории. Разделы 2 и 3 этого тома посвящены систематическому и подробному обсуждению этой темы. Здесь же я попытаюсь лишь предварительно сориентировать читателя в данном вопросе.

Перенос состоит в переживании чувств, влечений, установок, фантазий и защит по отношению к некоторой личности в настоящем, неадекватных по отношению к ней и являющихся повторением, смещением реакций, образовавшихся по отношению к значимым личностям в раннем возрасте. Подверженность пациента реакциям переноса исходит от его состояния инстинктивной неудовлетворенности и проистекающей из этого необходимости поиска возможных разрядок (Freud, 1912a).

Важно заострить внимание на том факте, что пациент склонен повторять *вместо того*, чтобы вспоминать; повторение есть всегда сопротивление по отношению к функциям памяти. Однако путем повторного разыгрывания прошлого пациент действительно делает возможным «вхождение» прошлого в аналитическую ситуацию. Повторения в переносе привносят в анализ

---

[1] Вскрывающая — психотерапия, вскрывающая конфликт и анализирующая защиты (*Примечание научного редактора*).

[2] Поддерживающая — психотерапия, не анализирующая конфликт и защиты, а нацеленная на поддержание и укрепление наиболее адаптивных защит пациента (*Примечание научного редактора*).

материал, который иначе бы остался недоступным. При правильном подходе анализ переноса приведет к воспоминанию, реконструкции и пониманию, а в конечном счете и к прекращению повторений.

Существует много способов классификации различных клинических форм реакций переноса. Наиболее часто используются такие обозначения, как *позитивный* и *негативный перенос*. Термин «позитивный перенос» относится к различным формам сексуального желания, а также к симпатии, любви и уважению к аналитику. Термин «негативный перенос» подразумевает различные разновидности агрессии в форме гнева, антипатии, ненависти и презрения по отношению к аналитику. Следует помнить, что все реакции переноса, по существу, амбивалентны, и то, что проявляется клинически, это лишь «поверхность».

Для того чтобы реакции переноса имели место в аналитической ситуации, пациент должен хотеть и быть способным рискнуть на некоторую временную регрессию, в рамках функций Эго и объектных отношений. Эго пациента должно быть способно на временную регрессию к реакциям переноса, но эта регрессия должна быть частичной и обратимой, так, чтобы с пациентом можно было работать аналитически, и в то же время он мог бы жить в реальном мире. Работа с людьми, которые не осмеливаются регрессировать от реальности и которые не могут легко вернуться к реальности, представляет собой ненужный риск для психоанализа. Фрейд подразделял неврозы на две группы на основании того, может ли пациент или нет развивать и сохранять относительно связный набор реакций переноса и вместе с тем продолжать функционировать в анализе и во внешнем мире. Пациенты с «неврозом переноса» могут делать это, тогда как пациенты, страдающие «нарциссическим неврозом», не могут (Freud, 1916–1917, p. 341, 414–415, 420–423).

Фрейд также использовал термин *невроз переноса* для того, чтобы описать ту совокупность реакций переноса, в которой анализ и аналитик становятся центром эмоциональной жизни пациента и невротические конфликты пациента вновь оживают в аналитической ситуации (Freud, 1914c, p. 154). Все важные проявления болезни пациента будут вновь прожиты или вновь разыграны в аналитической ситуации (Freud, 1905a, p. 118–119; 1914c, p. 150–154; 1916–17, глава XXVII).

Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить максимальное развитие невроза переноса. Относительная анонимность аналитика, его ненавязчивость, «правило абстиненции» и правило «аналитик как зеркало» — все это имеет целью сохранить относительно «незагрязненным» поле для того, чтобы невроз переноса мог «расцвести» (Fenichel, 1941, p. 72; Greenacre, 1954; Gill, 1954). Невроз переноса есть артефакт аналитической ситуации; он может быть уничтожен только путем аналитической работы. Он служит как бы переходом от болезни к здоровью.

С одной стороны, невроз переноса — один из наиболее важных проводников успеха в психоанализе; с другой — наиболее частая причина терапевтической неудачи (Freud, 1912a, 1914c; Glover, 1955, Ch. VII, VIII). Невроз переноса может быть разрешен только путем анализа; другие процедуры могут изменить его форму, но при этом увековечат его (Gill, 1954).

Психоанализ — единственная форма психотерапии, которая пытается разрешить реакции переноса путем их систематического и досконального анализирования. Сторонники кратких или выхолощенных версий психоанализа делают это лишь частично и выборочно. Так, если анализируется только негативный перенос и то лишь тогда, когда он угрожает прервать лечение, или перенос анализируется лишь настолько глубоко, насколько это необходимо для того, чтобы пациент был в состоянии работать в терапевтической ситуации, то в таких случаях после лечения всегда остаются некоторые остаточные явления неразрешенных реакций переноса. Это значит, что не проанализированный должным образом невроз остается неизменным.

В неаналитических формах психотерапии реакции переноса не анализируются, но удовлетворяются, или ими манипулируют. Терапевт присваивает себе роль какой-то фигуры из прошлого, реальной или фантазируемой, и удовлетворяет какие-то инфантильные желания пациента. Терапевт может действовать как любящий, ободряющий родитель или как карающий моралист, и пациент может чувствовать временное улучшение или даже «излечение». Но эффект от этого «лечения переносом» мимолетен и длится лишь столько, сколько идеализированный перенос на терапевта остается нетронутым (Fenichel, 1945a, p. 559–561; Nunberg, 1932, p. 335–340).

1.313. СОПРОТИВЛЕНИЯ

Термин *сопротивление* относится ко всем внутренним силам пациента, которые находятся в оппозиции процедурам и процессам психоаналитической работы. В большей или меньшей степени сопротивление присутствует от начала и до конца лечения (Freud, 1912a). Сопротивления защищают *status quo* невроза пациента. Сопротивления находятся в оппозиции к аналитику, аналитической работе и разумному Эго пациента. Сопротивление — операциональное понятие, а не что-то, созданное анализом. Аналитическая ситуация становится тем местом действий, где сопротивления обнаруживают себя.

Сопротивление — это повторение всех тех защитных действий, которые пациент использовал в своей прошлой жизни. Все разновидности психических явлений могут быть использованы в целях сопротивления, но вне зависимости от того, что служит его источником, сопротивление действует через Эго

пациента. Хотя некоторые аспекты сопротивления могут быть осознаны, значительная их часть остается бессознательной.

Психоаналитическая терапия характеризуется доскональным и систематическим анализом сопротивлений. Задача психоаналитика состоит в том, чтобы раскрыть, как пациент сопротивляется, чему он сопротивляется и почему он делает это. Непосредственной причиной сопротивления всегда является избегание таких болезненных аффектов, как тревога, вина или стыд. За этим мотивом могут быть найдены инстинктивные импульсы, которые и вызывают болезненный аффект. В конце концов будет обнаружено, что сопротивление пытается отвратить страх, связанный с травматическим состоянием (Freud A., 1936, p. 45—70; Fenichel, 1945a, p. 128—167).

Существует много способов классификации сопротивлений. Один из них базируется на дифференциации *Эго-синтонных* сопротивлений и сопротивлений, *чуждых Эго*. Если пациент чувствует, что сопротивление чуждо ему, он готов работать над ним аналитически, если же сопротивление Эго-синтонное, то пациент может отрицать его существование, преуменьшать его важность или рационализировать его. Одним из важных первоначальных шагов при анализировании сопротивления является превращение его в сопротивление, чуждое Эго. Как только это будет достигнуто, пациент сформирует рабочий альянс с аналитиком и будет временно и частично идентифицировать себя с аналитиком в своей готовности работать над анализом своего сопротивления.

Другие формы психотерапии пытаются избежать или преодолеть сопротивления путем внушения или используя медикаменты, или эксплуатируя отношения переноса. В укрывающей, или поддерживающей, терапии терапевт пытается усилить сопротивление. Это бывает также необходимо и для тех пациентов, которые могут перейти в психотическое состояние. Лишь в психоанализе терапевт стремится выявить причину, цель, форму и историю сопротивлений (Knight, 1952).

1.32. Анализирование материала пациента

В классическом психоанализе большое число терапевтических процедур используется для работы на различных уровнях. Общей характеристикой для всех аналитически ориентированных техник является их непосредственная цель — лучшее понимание пациентом самого себя. Некоторые процедуры не добавляют собственно понимания, но усиливают те функции Эго, которые необходимы для достижения этого. Например, отреагирование может

допустить достаточную разрядку инстинктивных напряжений, так что «осажденное» Эго более не будет чувствовать надвигающуюся опасность. Более спокойное Эго облегчит затем возможность наблюдения, мышления, вспоминания, оценки, — функций, которые были утрачены в остром тревожном состоянии. Инсайт теперь становится возможным. Отреагирование — одна из *неаналитических* процедур, которая часто используется при психоаналитическом лечении. Часто оно является необходимой предпосылкой для инсайта.

Антианалитическими процедурами являются те, которые блокируют или уменьшают способности к инсайту и пониманию. Меры или действия, которые ослабляют функции Эго по наблюдению, мышлению, вспоминанию и оценке, принадлежат к этой категории. В качестве подобных действий можно назвать назначение некоторых медикаментов и интоксикантов, быстрое и легкое утешение, некоторые виды удовлетворения в переносе, отвлечение внимания и т. д.

Наиболее важная *аналитическая* процедура — *интерпретация*; все остальные подчинены ей теоретически и практически. Все аналитические процедуры — это либо шаги, которые ведут к интерпретации, либо делают ее эффективной (Bibring E., 1954; Gill, 1954; Menninger, 1958).

Термин «анализирование» — сжатое выражение, которое относится к техникам, способствующим достижению инсайта. Анализирование обычно включает четыре различные процедуры — *конфронтацию, прояснение, интерпретацию* и *проработку*. В последующих частях будет дано более обширное обсуждение и клинические примеры того, как применяется каждая из этих процедур. Здесь я ограничусь рабочими определениями и простыми иллюстрациями.

Первый шаг при анализировании психического феномена — *конфронтация*. Обсуждаемый феномен должен стать очевидным для сознательного Эго пациента. Например, до того, как я смогу интерпретировать причину, из-за которой пациент избегает определенной темы во время сессии, я сначала должен показать ему, что он избегает чего-то. Иногда пациент сам будет сознавать этот факт, и тогда мне не нужно будет делать этого. Однако, прежде чем предпринимать любые дальнейшие аналитические шаги, нужно убедиться, что пациент сам различает тот психический феномен, который мы пытаемся анализировать.

Конфронтация приводит к следующему этапу — к *прояснению*. Обычно эти две процедуры смешиваются друг с другом, но я считаю, что нужно разделять их, потому что бывают случаи, когда каждая из них вызывает различные проблемы. Прояснение относится к тем действиям, которые имеют целью поместить анализируемый психический феномен в четкий фокус. Значимые детали должны быть выявлены и тщательно отделены от посторонних. Частности или паттерны обсуждаемого феномена должны быть выделены и изолированы.

Разрешите привести простой пример. Я конфронтировал пациента, мистера Н., с тем фактом, что он оказывает сопротивление, и он признал, что это действительно так, что, похоже, он убегает от чего-то прочь. Дальнейшие ассоциации пациента могут привести его к тому, почему или чему он сопротивляется. Давайте рассмотрим первый момент. Ассоциации, детерминированные сопротивлением, привели пациента к рассказу о событиях его прошлого уикенда. Мистер Н. пришел на родительское собрание в школу дочери, где испытал замешательство при виде большого количества родителей, выглядевших богатыми. Это напомнило ему собственное детство: он ненавидел отца, когда тот заискивал перед своими богатыми клиентами. Отец был деспотом в отношении своих рабочих и «глупым подлизой» с богатыми. Пациент боялся своего отца, пока жил дома до поступления в колледж. Потом он стал презирать его. У него до сих пор сохранилось это чувство презрения, но он не показывает его, ведь это ни к чему бы не привело, его отец слишком стар, чтобы меняться. Его отцу уже под шестьдесят, его волосы почти совсем белые — «то, что от них осталось». Пациент замолчал.

У меня было впечатление, что ассоциации мистера Н. указывали на некоторые чувства, которые он питал ко мне, и это были те чувства, которые привели его к сопротивлению в начале сессии. Я также чувствовал, что это, вероятно, должно относиться к презрению, точнее, к страху пациента выразить свое презрение непосредственно мне. Когда пациент замолчал, я сказал, что мне хотелось бы знать, не испытывает ли он некоторого презрения к другому седовласому мужчине. Пациент покраснел, и его первый ответ был таким: «Я полагаю, вы думаете, что я говорил о вас. Нет, это неверно. Я не чувствую никакого презрения к вам: почему, собственно, я должен испытывать его? Вы лечите меня очень хорошо — по большей части. Я не имею понятия, как вы обращаетесь со своей семьей или со своими друзьями. Впрочем, это не мое дело. Кто знает, может быть, вы один из тех людей, кто, наступив на ногу чучелу, приносит «свои большие извинения». Я не знаю, и это меня не волнует».

В тот момент я понял следующее. Я ответил ему, что ему было бы легче не знать, как я в действительности веду себя вне сессии. Если бы он узнал, то мог бы почувствовать презрение и побоялся бы прямо выразить его мне. Мистер Н. несколько секунд молчал, а затем ответил, что если бы он представил меня делающим что-то, вызывающее презрение, то не знал бы, что делать с этой информацией. Это напомнило ему о случае, произошедшем несколько недель тому назад. Он был в ресторане и услышал сердитый мужской голос, распекающий официанта. С дальнего расстояния голос звучал как мой, и затылок тоже выглядел как мой. Несколькими минутами позже он с облегчением обнаружил, что это не я.

Теперь стало возможным показать пациенту, что он старался избежать чувства презрения ко мне, потому что, если бы это произо-

> шло, он побоялся бы выразить его так же, как он боялся выразить его отцу. Это был тот специфический комплексный паттерн эмоциональных ответов, который следовало выделить для прояснения до того, как продолжать анализ сопротивления.

Третий шаг при анализировании — *интерпретация*. Эта процедура отличает психоанализ от всех остальных видов психотерапии, потому что в психоанализе интерпретация — основной и решающий инструмент. Все остальные процедуры подготавливают материал для интерпретации или развивают ее и могут, в свою очередь, нуждаться в интерпретации. Интерпретировать означает делать бессознательный феномен сознательным. Более точно это означает делать осознанным бессознательное значение, источник, историю, форму или причину данного психического события. Это обычно требует не одного, а нескольких вмешательств. Для интерпретации аналитик использует свое собственное бессознательное, свою эмпатию и интуицию так же, как и свои теоретические знания. Путем интерпретации мы выходим за рамки того, что поддается прямому наблюдению, и придаем значение и каузальность психологическому феномену. Нам необходимы отклики пациента для того, чтобы определить валидность нашей интерпретации (Bibring E., 1954; Fenichel, 1945a; см. дополнительный список литературы).

Процедуры прояснения и интерпретации тесно переплетаются. Очень часто прояснение ведет к интерпретации, которая, в свою очередь, приводит к дальнейшему прояснению (Kris,1951). Клинический случай, приведенный выше, показывает это. Позвольте мне проиллюстрировать пример интерпретации и валидизации на примере того же пациента.

> На сессии спустя почти две недели после описанной выше мистер Н. рассказал мне фрагмент своего сновидения. Все, что он запомнил, состояло в следующем: он ждет, пока сменится красный свет светофора, и чувствует, что кто-то толкнул его бампером сзади. Он оборачивается в ярости и видит с облегчением, что это всего лишь мальчик на велосипеде. Его машина не повреждена. Ряд ассоциаций привели к любви мистера Н. к машинам, в особенности к спортивным машинам. Он любил, в частности, со свистом обгонять эти «старые, толстые, дорогие машины». Дорогие машины казались такими прочными, но и они разваливались в течение нескольких лет. Его маленькие спортивные машины могли обогнать, обойти, пережить кадиллаки, линкольны, роллс-ройсы. Он знал, что это преувеличение, но ему нравилось думать так. Это доставляло ему удовольствие и, должно быть, шло от времен его увлечения атлетизмом, когда он любил казаться неудачником, который победил фаворита. Его отец был спортивным болельщиком и всегда преуменьшал достижения моего пациента. Он намекал, что был великим атлетом, но никогда не подтверждал этого; он был

эксгибиционистом, но мистер Н. сомневался, мог ли его отец действительно выступать. Он мог флиртовать с официанткой в кафе или бросать сексуальные замечания о женщинах, проходящих мимо, но, похоже, пускал пыль в глаза. Если бы он действительно был сексуален, он не вел бы себя так.

Ясно, что рассматриваемый материал касается сравнения пациентом себя со своим отцом в смысле сексуальности. Это относится также и к тем людям, которые притворяются теми, кем они не являются. Наиболее сильный аффект в его ассоциации был, когда он сказал, что ему «доставляет удовольствие» фантазия о превосходстве его автомобиля над дорогими машинами. Он знал, что это перекос, но ему нравилось представлять это. В его сновидении ярость сменяется облегчением, когда он обнаруживает, что его стукнул «всего лишь мальчик на велосипеде». Мне кажется, что эти два аффективно нагруженных элемента должны послужить ключом к пониманию сновидения и всей аналитической сессии в целом.

Я интерпретировал *для себя*, что образ мальчика на велосипеде означает подростковую мастурбацию. Красный свет, вероятно, относится к проституции, поскольку «район красных фонарей» — обычное название для того места, где сосредоточены проститутки. Я знал, что мой пациент утверждал, что любит свою жену, но предпочитал секс с проститутками. До этого момента в анализе у пациента не было воспоминаний, касающихся сексуальной жизни родителей. Однако он часто упоминал, что его отец флиртовал с официантками, что я воспринял как покрывающее воспоминание. Я, следовательно, чувствовал, что мне следовало бы указать своей интерпретацией этого эпизода на его взрослую установку превосходства по сравнению с детским беспокойством относительно сексуальной жизни отца. (Я умышленно пренебрегаю в данный момент всеми ссылками на слова «удар сзади», «ярость».)

В конце сессии я сказал мистеру Н., что, как мне кажется, он борется со своими чувствами по поводу сексуальной жизни отца. Похоже, он говорит, что его отец был не очень потентным мужчиной, и мне бы хотелось знать, всегда ли он думал так. Пациент ответил очень быстро, пожалуй, даже слишком быстро. По существу, он поспешил согласиться, что его отец всегда казался ему высокомерным, хвастливым, претенциозным. Он не знал, какой была его сексуальная жизнь с матерью, но был совершенно уверен, что она не могла быть вполне удовлетворенной. Его мать была болезненной и несчастной. Большую часть своей жизни она жаловалась ему на отца. Мистер Н. был совершенно уверен, что его мать не любит секс, хотя не мог доказать этого.

Я вмешался в этот момент и сказал, что мне кажется, что мысль о том, будто его мать отвергала секс с отцом, доставляла ему удовольствие. Пациент сказал, что это не доставляло ему удовольствия, но он допускает, что она давала ему чувство удовлетворения, ощущения триумфа над «старым мальчиком». На самом деле, теперь он вспомнил,

что как-то нашел журналы с фотографиями обнаженных женщин, спрятанные в спальне отца. Он также вспомнил, что однажды нашел пакет презервативов под подушкой отца, когда был подростком, и подумал: «Мой отец, должно быть, ходит к проституткам».

Я вновь вмешался и отметил, что презерватив под подушкой скорее говорит о том, что отец использовал их с матерью, которая спала на той же самой кровати. Однако мистер Н. *хотел* верить своей исполняющей желание фантазии: мать не хотела секса с отцом, и отец был не особенно потентен. Пациент замолчал, и сессия окончилась.

На следующий день он начал с рассказа, что был ужасно рассержен, когда вышел от меня. Он сел за руль и вел машину дико, пытаясь обогнать все машины на дороге, особенно дорогие. Затем в нем возник неожиданный импульс: пришла в голову мысль посостязаться в скорости с роллс-ройсом, если только он встретит хоть один. Внезапная мысль осенила его. Спереди на роллс-ройсе размещены буквы Р.Р. Это инициалы доктора Гринсона, вдруг понял он. И он засмеялся, один-одинешенек в машине. «Старый мальчик, вероятно, прав, — подумал он, — мне доставляло удовольствие представлять, что мать предпочитала меня, и я мог превзойти отца. Позже я заинтересовался, повлияло ли это как-нибудь на мою собственную расстроенную сексуальную жизнь с женой».

Я думаю, что этот клинический пример достаточно хорошо иллюстрирует сложные шаги, предпринимаемые для того, чтобы сделать даже простую интерпретацию, а также то, что нужно ждать отклика пациента, чтобы определить, находится ли аналитик на верном пути. Аффективный ответ пациента на первое мое вмешательство, его поспешность при ответе показывают, что я прикоснулся к чему-то животрепещущему. Новые воспоминания о журналах и презервативах подтвердили, что я был, по сути, прав. Его реакция после сессии: гнев, ассоциация с роллс-ройсом, смех и установление связи с его собственной сексуальной жизнью — показывает, что дозировка была в порядке и действия своевременны. (Во втором томе интерпретация будет обсуждаться более подробно.)

Четвертый шаг при анализировании — *проработка*. Этот термин относится к комплексу процедур и процессов, которые имеют место после инсайта. Аналитическая работа, которая дает возможность инсайту привести к изменениям, является проработкой (Greenson, 1965b). Это относится в основном к повторяющемуся, поступательному детальному исследованию сопротивлений, которые препятствуют тому, чтобы инсайт привел к изменению. Кроме расширения и углубления анализа сопротивлений, очень важно использовать и реконструкции. Множество циркулярных процессов приводятся в движение путем проработки, при которой инсайт, воспоминание и изменение поведения влияют друг на друга (Kris, 1956a, 1956b).

В порядке иллюстрации понятия проработки позвольте вернуться к случаю мистера Н. На первой сессии, о которой я рассказывал, я интерпретировал его полную желания фантазию о том, что его мать не любит секс и отвергает отца как сексуального партнера, а также что его отец — импотент. Пациенту не понравилась эта интерпретация, но позже в тот день он понял, что она, скорее всего, верна. К тому времени, когда он пришел на следующую сессию, он развил этот инсайт и связал его с тем фактом, что его собственная сексуальная жизнь с женой расстроена. Ему очень трудно было взглянуть на жену на следующий день после половых отношений. Он чувствовал, что она должна питать к нему отвращение из-за его чувственного поведения. Когда я спросил об этом, он связал свои реакции с детскими воспоминаниями о том, как мать унижала его, браня за мастурбацию.

В течение нескольких следующих недель, однако, мистер Н. стал все яснее осознавать, что одновременно с желанием того, чтобы его жена чувственно наслаждалась с ним, *он* презирал *ее*, когда она сексуально возбуждалась. Чувство того, что она ненавидит его после полового акта, была проекцией его собственных чувств. Вскоре после этого мистер Н. вспомнил о том, как его мать лукаво подмигнула отцу, когда они увидели на улице копулирующих собак. Сначала аффект, связанный с этим воспоминанием, был небольшим. Однако пациент странно повел себя в это время по отношению к своей жене. Он нашел ее ужасно непривлекательной, избегал ее сексуально и стремился к проституткам. Я интерпретировал ему это как то, что он поступает так, как, по его представлениям, делал его отец.

Пациент ответил на это, что он не порицает отца за то, что он избегал сексуальных отношений с матерью. Хотя его мать была привлекательной женщиной, он вспомнил несколько эпизодов, когда она была в постели и «отнюдь не была сексуальным призом». Ее лицо казалось покрасневшим и потным, ее волосы были спутаны, стоял какой-то омерзительный запах. Эти воспоминания ассоциировались со слабостью и менструацией. Я интерпретировал, что менструирование соотносится с периодом течки у сук. Позже я реконструировал для мистера Н., что, вероятно, вид его матери с раскрасневшимся и потным лицом и омерзительный запах были связаны с тем, что он видел свою мать, занимающуюся сексом с отцом. Я сказал, что его идея о том, что мать не любила секс, а также множество воспоминаний о флирте его отца с другими женщинами — это попытка отрицать бессознательное воспоминание о том, что он видел свою мать, сексуально возбужденную отцом. Я подчеркнул, что воспоминания о матери, подмигнувшей отцу при виде собак, было также покрывающим воспоминанием такого рода.

Мистер Н. согласился, что моя реконструкция кажется правдоподобной, но она «оставляет его холодным». На следующей сессии я сказал ему, что его сексуальное пренебрежение женой, предпочтение

проституток были дальнейшими попытками «доказать», что хорошую женщину, замужнюю женщину, являющуюся матерью, не заботит секс, и мужья таких женщин не имеют сексуальных отношений с ними. Пациент рассказал позже, что во время уикенда, последовавшего за той сессией, он испытал наиболее полное за всю свою жизнь сексуальное удовлетворение со своей женой. За этим последовало несколько недель сопротивления анализу и сексу, это основывалось на идее о том, что все взрослые — лицемеры и лгуны, за исключением нескольких бунтовщиков и диссидентов.

И снова мистер Н. боролся со своим детским конфликтом, связанным с сексуальной жизнью родителей. Если он вынужден отказываться от отрицания существования их сексуальности, он должен ненавидеть их и презирать за лицемерие. Его мать — подмигивавшая отцу — была воплощением этого. Его жена также была «подделкой», равно как и я, и моя жена. Единственные честные люди — те, кто избегает общества и конвенций. Более честно платить за секс деньгами, чем покупать его дорогими домами, одеждой, мехами, машинами и т. д. Я интерпретировал для него, что это, вероятно, было попыткой унизить его мать и отца, а также других женатых людей по причине гнева и зависти — к подмигиванию матери. За его презрением была зависть. Он реагировал бы совершенно иначе, если бы она подмигнула ему, а не отцу.

Мистер Н. реагировал на эту интерпретацию и дальнейшую реконструкцию угрюмостью и сопротивлением. Затем медленно, спустя недели, он начал размышлять над взаимосвязью между презрением и завистью. Он понял, что у моей формулировки, вероятно, есть достоинства. Он с сожалением принял то, что я прав, и с большим неудовольствием отказался от мысли, будто его мать не хотела секса с его отцом и предпочитала не вступать в сексуальные отношения вообще. Если она и вступала в эти отношения, то делала это, подчиняясь, и затем в своей фантазии он делал отца импотентом. Вид матери, сексуально возбужденной отцом, бесил его, приводил в негодование. Он чувствовал себя как маленький мальчик или как чувствующий превосходство взрослый. Вероятно, ему следовало предоставить им заниматься своей сексуальной жизнью, а самому сконцентрироваться на своей собственной спальне.

Я полагаю, что этот клинический материал иллюстрирует некоторую часть работы, которая выполняется при проработке. То, что я здесь описал, заняло период почти в полгода. Он начался с того сновидения пациента, где в его спортивный автомобиль, остановившийся на красный свет светофора, врезался мальчик на велосипеде. Затем мы работали над проблемой его эмоциональных реакций на сексуальную жизнь родителей и над тем, что определяет его собственные сексуальные затруднения. На поверхности было чувство превосходства над отцом и симпатия к матери. Отец был импотентным хвастуном,

а мать — вынужденной недевственницей. Затем, преодолев сильные сопротивления, мы обнаружили вспышку гнева к матери и отцу. Затем мать стала отталкивающей, и он стал презирать обоих родителей. К концу этого периода мы раскрыли зависть к сексуальной жизни родителей. В конце концов мистер Н. делает замечание, что, «возможно, они имеют право на приватность своей спальни, и ему следовало бы сделать то же самое».

Это не было завершением сексуальных проблем мистера Н., но это продемонстрировало достижение значимого, ценного понимания. Здесь было множество шагов назад и вперед, но прогресс имел место. Например, тема гомосексуальности в тот период не поднималась, она возникла позже. Появлялись также и другие проблемы, которые на более короткое или длительное время отодвигали на задний план сексуальные проблемы, иногда осложняя последние примесью агрессии. Были также и регрессивные фазы, когда либидо затрагивало другие уровни. Моей целью, однако, было продемонстрировать пример проработки в психоанализе.

Следует отметить, что часть работы по проработке выполняется пациентом вне сессий. Проработка требует наибольшего количества времени по сравнению с другими процедурами психоанализа. Лишь изредка инсайт быстро приводит к изменениям в поведении, такие быстрые изменения обычно временные и остаются изолированными и неинтегрированными. Как правило, требуется большое количество времени, чтобы преодолеть значительные силы, которые сопротивляются изменению, и создать прочные структурные сдвиги. Интересная связь между скорбью и проработкой, а также важность вынужденного повторения и инстинкта смерти будут обсуждаться во втором томе (см. также Freud, 1914c, 1926a, 1937a, Fenichel, 1941, Ch. VI; Greenacre, 1956; Kris, 1956a, 1956b; Greenson, 1965b).

Четвертый шаг представляет собой схематизированную версию того, что подразумевается под понятием «анализирование психического события». Все эти шаги необходимы, но некоторые могут быть выполнены пациентом спонтанно, в частности, конфронтация или часть работы по прояснению. Эти шаги не следуют друг за другом непременно в том порядке, как они были описаны, поскольку каждая процедура может продуцировать новые сопротивления, которые должны быть преодолены в первую очередь. Или интерпретация осуществляется в первую очередь, облегчая прояснение данного феномена.

Кроме того, повседневные события могут вторгаться в жизнь пациента и по психоэкономическим причинам иметь превосходство над всем, что происходит в анализе. Тем не менее конфронтация, прояснение, интерпретация и проработка — четыре основные процедуры, которые аналитик выполняет во время анализа.

1.33. Рабочий альянс

Пациент идет на психоанализ потому, что его невротическое страдание вынуждает его начать это трудное терапевтическое путешествие. Его проблема достаточно тяжела, чтобы побудить его взяться за эту длительную, болезненную, дорогостоящую программу. Функции его Эго и способность к объектным отношениям[1], несмотря на невроз, предполагаются достаточно здоровыми для того, чтобы преодолеть трудности психоаналитической терапии. Только относительно здоровый невротик может быть подвергнут психоанализу без больших модификаций или отклонений в методе.

Психоаналитический пациент продуцирует материал для лечения посредством свободных ассоциаций, реакций переноса и сопротивлений. Аналитик использует процедуры конфронтации, прояснения, интерпретации и проработки. Но все это не полностью объясняет то, что удается и что не удается в курсе терапии. Существует еще один важный терапевтический ингредиент, который жизненно важен для успеха или провала психоаналитического лечения. Я имею в виду «рабочий альянс», который не является ни технической процедурой, ни терапевтическим процессом, но необходим для обоих (Greenson,1965a). Здесь я только обрисую контуры этого вопроса, более полное обсуждение рабочего альянса приводится в разделе 3.5.

Рабочий альянс — это относительно неневротические, рациональные взаимоотношения между пациентом и аналитиком, которые позволяют пациенту целеустремленно работать в аналитической ситуации. Фрейд (Freud, 1913b, p. 139) писал об «эффективном переносе», раппорте, который должен быть установлен до того, как пациенту будет дана интерпретация. Фенихель (Fenichel, 1941, p. 27) описывает «рациональный» перенос. Стоун (Stone, 1961, p. 104) говорит о «зрелом» переносе, Цетцель (Zetzel, 1956) — о «терапевтическом альянсе», Нахт (Nacht, 1958a) — о «присутствии» аналитика. Все это относится к одному и тому же понятию.

Клиническое проявление рабочего альянса состоит в готовности пациента выполнять различные процедуры психоанализа и в его способности работать

[1] Я нахожу термин «объектные отношения» и похожие термины «объекты любви» и «утраченные объекты» неудовлетворительными. Они, как мне кажется, придают оттенок обезличенности и отстраненности понятиям, которые наполнены интенсивным личностным значением. Однако я продолжаю использовать их, поскольку они широко приняты в психоаналитических кругах, и я не нахожу лучшей замены. Термин «объект» восходит к представлению, что Ид нуждается в объектах для удовлетворения своих потребностей. В этом смысле первоначальные объекты, необходимые для удовлетворения этих потребностей, имеют небольшое отличие или уникальность кроме того, что они были необходимы для удовлетворения потребностей Ид.

аналитически с инсайтами, которые являются регрессивными и причиняют боль. Альянс формируется между разумным Эго пациента и анализирующим Эго аналитика (Sterba, 1934). Важным событием является частичная и временная идентификация пациента с установкой аналитика и его методом работы, которые пациент испытывает на собственном опыте в регулярных аналитических сессиях.

Пациент, аналитик и аналитический сеттинг[1] участвуют в формировании рабочего альянса. Осознание невротического страдания и возможной помощи от аналитика побуждает пациента прийти и работать в аналитической ситуации. Способность пациента сформировать относительно рациональные, десексуализированные, лишенные агрессии взаимоотношения с аналитиком происходит от наличия таких относительно нейтрализованных взаимоотношений в его прошлой жизни. Функции Эго пациента играют в этом решающую роль, поскольку способность установления многочисленных взаимосвязей с аналитиком определяется эластичностью Эго.

Аналитик содействует рабочему альянсу: 1) настойчиво делая ударение на понимании и инсайте; 2) постоянным анализом сопротивлений; 3) своим сочувствующим, эмпатическим, прямым и безоценочным отношением. (Freud, 1912a, p. 105; 1913b, p. 123; Fenichel, 1941, p. 85; Sterba, 1929, p. 371–372). Аналитический сеттинг способствует развитию рабочего альянса, причем существенно важны частота визитов, продолжительность лечения, использование кушетки, молчание и т. д. Это содействует развитию не только невротического переноса и регрессии, но и рабочего альянса (Greenson, 1954).

Способ работы аналитика, его терапевтический стиль, аналитический сеттинг создают «аналитическую атмосферу», которая чрезвычайно значима для того, чтобы склонить пациента принять то, что он прежде отвергал. Эта атмосфера способствует рабочему альянсу и побуждает пациента временно и частично идентифицироваться с точкой зрения аналитика. Аналитическая атмосфера может также становиться сопротивлением, когда создается обстановка «надуманности» и «нереальной жизни» в аналитической работе.

Рабочий альянс — часть взаимоотношений с аналитиком, которая делает возможным для пациента сотрудничество во время аналитической сессии. Под его благоприятным влиянием пациент старается понять инструкции и инсайты аналитика, рассматривать и обдумывать интерпретации и реконструкции, что помогает интегрировать и ассимилировать инсайты. Рабочий альянс наряду с невротическим страданием дает стимул для выполнения

[1] Психоаналитический сеттинг — организующие рамки, внутри которых разворачивается психоаналитический процесс. Различают внешний сеттинг (соглашения между пациентом и терапевтом о длительности и частоте встреч, оплате, использовании кушетки или другом положении пациента и т. д.) и внутренний сеттинг (установки, которыми руководствуется аналитик при проведении психоанализа) (*Примечание научного редактора*).

аналитической работы; большая часть необработанного материала поставляется реакциями невротического переноса пациента.

Для того чтобы успешно анализировать невроз переноса, пациенту необходимо развить надежный рабочий альянс. Невроз переноса — «проводник», который позволяет ввести отвращенный, недоступный материал пациента в аналитическую ситуацию. Способность пациента колебаться между рабочим альянсом и реакциями невротического переноса — необходимое условие для выполнения аналитической работы. Эта способность соответствует расщеплению Эго пациента на разумное, наблюдающее, анализирующее Эго, с одной стороны, и переживающее, субъективное, иррациональное Эго — с другой.

Это расщепление может обнаруживаться в свободных ассоциациях. Когда пациент позволяет болезненным воспоминаниям или фантазиям увлечь себя, переживающее Эго находится на переднем плане и в это время нет осознания значения эмоций или их соответствия ситуации. Если в этот момент вмешается аналитик, разумное Эго пациента может выдвинуться вперед и пациент окажется в состоянии осознать теперь, что аффекты, которые он испытывает, происходят из его прошлого, что уже само по себе снижает степень тревожности, в результате чего могут всплыть менее искаженные производные. Это расщепление функций Эго может наблюдаться более отчетливо при анализе сопротивлений переноса (Sterba, 1929, p. 379). Способность функций Эго к расщеплению также дает возможность пациенту разделять рабочий альянс и невротический перенос. Суммируем: рабочий альянс обеспечивает ежедневную мотивацию и способность выполнять аналитическую работу. Основная часть отвращенного, недоступного, сырого материала обеспечивается реакциями невротического переноса, и в основном — *неврозом переноса*.

1.34. Неаналитические терапевтические процедуры и процессы

В классическом психоанализе до некоторой степени используются и другие разновидности терапевтических процедур и процессов, но их цель — подготовить инсайт или сделать его эффективным. Все неаналитические меры в конце концов должны сами стать предметом анализа (Bibring E., 1954). Это краткое обсуждение будет ограничено тремя основными неаналитическими терапевтическими факторами.

Отреагирование, или катарсис, относится к разрядке неприемлемых эмоций и импульсов. Брейер и Фрейд (1893–1895) рассматривали его как действенный метод лечения. Сегодня отреагирование считается ценным,

поскольку оно убеждает пациента в реальности его бессознательных процессов. Эмоциональная заряженность позволяет оживить некоторые детали прошлого опыта, который в противном случае остался бы смутным и нереальным. Высвобождение аффектов и импульсов может принести временное чувство облегчения, но оно не окончательное, и в действительности само отреагирование может стать источником сопротивления.

Например, пациент может описать аналитику какое-либо событие, вызывающее чувство вины. Затем, почувствовав облегчение, он может избегать упоминания о нем, вместо того чтобы анализировать его причины, историю, значение и т. д. Однако важно помочь пациенту повторно пережить эмоции, связанные с травматическим опытом, для того чтобы восстановить важные детали, которые иначе могут быть упущены.

Имея дело с травматическим или околотравматическим материалом, пациенту нужно помочь повторно пережить это воспоминание с наибольшей интенсивностью, которую он может вынести. Главная цель — позволить пациенту разрядить достаточное количество напряжений, чтобы лучше справляться с оставшимися. Например, следует допустить, чтобы пациент в хронической депрессии в достаточной мере пережил острое горе, чтобы позволить ему работать аналитически эффективно. Мой аналитический пациент с такой проблемой в течение нескольких месяцев должен был тратить часть каждой сессии на неконтролируемое рыдание до того, как он обретал способность работать аналитически над своей депрессией. Те же самые принципы остаются справедливыми и для тревожных состояний.

Отреагирование само по себе неаналитично, поскольку оно непосредственно не приводит к инсайту. Однако в клиническом материале, представленном в этой книге, будет много иллюстраций того, как отреагирование может быть использовано и в строго психоаналитической терапии.

Внушение индуцирует у пациента мысли, эмоции, импульсы в обход его реалистического мышления (Bibring E., 1954). Оно присутствует во всех формах психотерапии, поскольку происходит из детско-родительских отношений пациента, а люди в состоянии дистресса с готовностью занимают эмоциональную позицию ребенка по отношению к терапевту-родителю.

Внушение представляет собой ценность для психоанализа настолько, насколько оно помогает пациенту войти в аналитическую ситуацию и работать в ней. Хотя психоаналитик не гарантирует высокую результативность своего лечения, пациент будет ощущать необычную степень доверия и надежды из-за суггестивного влияния внушения, исходящего от установок его аналитика. Мои пациенты ощущают скрытое чувство оптимизма во мне, несмотря на мои высказывания или мое осознанное мнение.

В ходе анализа бывают случаи, когда желательно подбодрить пациента, чтобы он попытался вытерпеть боль или фрустрацию. Будет лучше, если

причина такой установки будет объяснена. Иногда можно сказать лишь что-нибудь вроде: «Вы, возможно, почувствуете себя лучше, если встретитесь с этим». Обычно такие внушения или уверения оказываются удачными. Или можно сказать что-нибудь вроде этого: «Вы вспомните свои сновидения, когда перестанете бояться», — и пациент начнет вспоминать их.

Существуют две главные опасности в обращении к внушению. Одна состоит в применении его без необходимости и соблазнении пациента этой регрессивной формой поддержки и привыканием к ней. Другая — в его неосознанном использовании. В этом случае влияние внушения аналитика не анализируется и пациент приобретает новый невротический симптом из-за непроанализированного внушения аналитика. Это случается, когда интерпретации даются как догма. Пациент тогда цепляется за интерпретацию, как он это делает в отношении навязчивой идеи. Статья Гловера (1931), посвященная неточным интерпретациям и внушению, — классическая по этой теме (Glover, 1955, p. 353–366).

Трудность состоит в том, что внушение и убеждение в конечном счете нужно открыто признать, внести в аналитическую ситуацию и проанализировать их влияние.

Термин *манипуляция* относится к деятельности, направленной на восстановление памяти пациента, предпринимаемой терапевтом без ведома пациента. Этот термин приобрел дополнительное, отталкивающее значение в психоаналитических кругах, так как он стал неверно употребляться так называемыми «дикими аналитиками». Тем не менее манипуляция является частью аналитической терапии, так же как внушение и отреагирование. Манипуляция часто используется для содействия различным процессам, которые возникают в классическом терапевтическом анализе (см. классическую точку зрения: Gill 1954 — и оппозиционное мнение: Alexander, 1954a, 1954b).

Молчать во время сессии для того, чтобы позволить аффекту усилиться так, чтобы он стал более демонстрируемым — это манипуляция. Не анализировать перенос, для того чтобы позволить ему достичь определенной интенсивности или позволить ему регрессировать, — это манипуляция. Привнести материал о вашем предстоящем отъезде, когда ваш пациент не упоминает об этом, — это манипуляция. Однако все манипуляции имеют косвенную аналитическую цель — инсайт. Они должны быть признаны, если ставятся под вопрос, и реакции на них проанализированы. Другие манипуляции более неуловимы. Например, тон голоса или интонация могут навести на какие-либо воспоминания и, следовательно, привнести их или реакции на них в анализ и в связи с этим продвинуть дальше аналитический процесс. Важно осознавать наличие манипуляции или по меньшей мере возможность неосознанного ее использования. В конечном счете манипуляция должна быть допущена на аналитическую арену и так же тщательно исследована, как и любое другое вмешательство аналитика, реальное или воображаемое (Gill, 1954).

Намеренное и осознанное принятие на себя ролей или установок антианалитично, потому что это создает не поддающуюся анализу ситуацию. Это элемент обмана и хитрости, которые порождают реалистичное недоверие к терапевту. Я не обсуждаю факт, когда это необходимо в определенных психоаналитических ситуациях; но это делает анализ невозможным. Работы Эйсслера по этой проблеме отличаются доскональным изучением проблемы и систематичностью (Eissler, 1950b). (В поисках другой точки зрения см. Александер, Френч и др. (Alexander, French et al., 1946); а также дополнительный список литературы.)

И несколько заключительных слов к этому введению в психоаналитическую технику. Термины «управление» и «обращение» с переносом и пр., относятся к добавлению неаналитических мер к аналитическим процедурам, используемым в рамках психоаналитической терапии. Клинические примеры, представленные в этой книге, проиллюстрируют это положение. «Искусство» психоаналитической техники, используемой в классическом психоанализе, основывается на сочетании аналитических и неаналитических процедур. Этому тяжело научить. Принципы психоаналитической техники преподать легче. В этом томе я намереваюсь остановиться главным образом на основных компонентах так называемой классической психоаналитической техники.

1.4. Показания и противопоказания для психоаналитической терапии: предварительный обзор

Вопрос определения показаний и противопоказаний для психоаналитического лечения зависит от двух самостоятельных, но родственных проблем. Первый и наиболее важный вопрос, на который мы должны ответить: «Доступен ли пациент анализу?» Второй вопрос зависит от обстоятельств: «Будет ли психоаналитическое лечение *наилучшим* для пациента?» Мне бы хотелось дополнить последнюю мысль клиническим примером.

Предположим, у нас есть пациент, который стремится пройти курс психотерапии, и вы полагаете, что он способен работать эффективно в аналитической ситуации. Посоветуете ли вы заняться ему психоанализом, если выяснится, что его призывают в армию? Психоанализ — длительное лечение, обычно требующее от трех до пяти лет. Должна быть рассмотрена конкретная жизненная ситуация, чтобы определить, порекомендуете ли вы пациенту эту форму психотерапии.

Проблема доступности анализу — комплексная проблема, она зависит от множества различных качеств и черт пациента, как здоровых, так и патологических. Более того, необходимо хорошо представлять себе те многочисленные жесткие требования, которые предъявляют пациенту психоаналитический процесс и процедура. Краткое изложение теории и техники, представленное нами выше, является лишь предварительным обзором. Более полное обсуждение мы отложим до следующих глав.

Фрейд (Freud, 1905a) достаточно рано осознал тот факт, что по единственному критерию вне зависимости от того, насколько он важен и четок, нельзя дать точный прогноз доступности пациента анализу. Следует попытаться оценить личность в целом, что очень трудно сделать после нескольких предварительных интервью (Knight, 1952). Тем не менее терапевт должен на основании этих интервью дать рекомендации по выбору лечения. Дополнительные предварительные интервью и психологическое тестирование могут помочь в работе с некоторыми пациентами; однако при теперешнем состоянии наших знаний даже и при такой комбинации подходов во многих случаях нельзя сделать надежный прогноз. Кроме того, длительные интервью и психологическое тестирование могут дать отрицательные побочные эффекты.

Традиционный медицинский подход к определению формы лечения состоит в том, что в первую очередь нужно поставить диагноз. Фрейд (1916–1917b, p. 428) подразумевал это, когда он разделил невроз переноса и нарциссический невроз. Он полагал, что, поскольку психотические пациенты, в сущности, нарциссичны, они не могут быть подвергнуты лечению психоанализом, так как они не могут развить невроз переноса. Разделение осталось в силе, но сегодня многие пациенты не могут быть отнесены точно к той или другой категории, поскольку у них есть черты и невроза, и психоза. Более того, в настоящее время некоторые аналитики считают возможным проводить классический анализ с психотиками и достигать хороших терапевтических результатов (Rosenfeld, 1952). Большинство аналитиков тем не менее придерживается того мнения, что в работе с нарциссически фиксированными пациентами требуются отклонения от стандартной психоаналитической процедуры (Frank, 1956; M. Wexler, 1960). Нэпп и его сотрудники (Knapp et al., 1960) повторно рассмотрели 100 заявок на психоаналитическое лечение и обнаружили, что эксперты отказались принять тех, кто был признан шизоидами, пограничными или

психотиками. Этот подход соответствует мнению Фрейда о том, что нарциссические неврозы не излечиваются в отличие от неврозов переноса. Я полагаю, что большинство аналитиков и сегодня согласятся с этой точкой зрения (Fenichel, 1945a; Glover, 1958; Waldhorn, 1960).

В соответствии с этим психоаналитическая терапия может быть показана при тревожной истерии, конверсионной истерии, обсессивно-компульсивном неврозе, психоневротических депрессиях, многих неврозах характера и так называемых «психосоматических» заболеваниях. Она противопоказана при различных формах шизофрении и маниакально-депрессивного психоза. Вопрос о возможности применения психоанализа при других расстройствах характера, как-то: импульсивный невроз, перверсии, аддикции, склонность к делинквентному поведению и пограничные случаи — спорный, и должен решаться особо в каждом конкретном случае (Fenichel, 1945a; Glover, 1955, 1958).

Нет сомнений, что клинический диагноз может быть очень ценен для определения, подходит ли пациент для анализа, но, к несчастью, часто необходимо много времени для того, чтобы поставить определенный диагноз. Иногда представленная психопатология — это всего лишь поверхностный экран, за которым скрыта более злокачественная патология. Наличие истерических симптомов не означает, что пациент, по существу, истерик; или, наоборот, причудливая симптоматика может иметь структуру истерии. Симптомы не обязательно связаны со специфическими диагностическими синдромами именно таким образом, как мы обычно полагаем (Greenson, 1959a; Rangell, 1959; Aarons, 1962). Иногда приходишь к реальному диагнозу только в конце длительного анализа.

Как правило, предполагают, что наличие фобий определяет тревожную истерию, но сегодня мы знаем, что фобии могут быть у истериков, у страдающих навязчивостями, у депрессивных и у шизоидных пациентов. То же самое верно для конверсионных симптомов, психосоматических симптомов, сексуальных затруднений и т. д. Присутствие специфического симптома обнаруживает некоторые аспекты патологии пациента, но не свидетельствует о том, является ли это патологическое образование центральным или периферическим, преобладающим или второстепенным фактором в структуре личности пациента.

Хотя диагноз говорит нам очень много о патологии, он может сообщить относительно немного о здоровых ресурсах пациента (Knight, 1952; Waldorn, 1960). Некоторые случаи навязчивостей встречаются у прекрасных пациентов, тогда как другие — у пациентов, недоступных анализу. Категории пациентов, находящихся под вопросом (например, перверсивные и пограничные случаи), имеют различную степень здоровых ресурсов. Именно запас здоровых качеств, а не клинический диагноз или патология, должен быть определяющим фактором в назначении терапии. Оценка пациента в целом должна доминировать над клиническим диагнозом. Найт (1952) придавал этому большое

значение, и Анна Фрейд в своей книге (Freud A., 1965) делает это главным тезисом по отношению к детям (см. также: Freud A. et al., 1965).

Ценным методом в подходе к проблеме анализируемости является изучение готовности пациента к специфическим требованиям психоаналитической терапии. Как было сказано выше, психоаналитическое лечение — длительная, всеобъемлющая, дорогая терапия, которая по самой своей природе часто весьма болезненна. Таким образом, только пациенты с сильной мотивацией будут работать с полной отдачей в аналитической ситуации. Симптомы пациента или дисгармоничные черты характера должны вызывать достаточно сильные страдания, чтобы он был способен вынести трудности лечения. Невротические страдания должны мешать основным аспектам жизни пациента, и осознание им своего состояния должно поддерживаться, чтобы сохранить мотивацию. Тривиальные проблемы или желание родных, любимых или работодателей не является достаточным основанием для проведения психоаналитического лечения. Научная любознательность или желание профессионального продвижения не будут достаточно мотивировать анализируемого предпринимать глубокое аналитическое переживание, хотя это также сочетается с адекватными терапевтическими потребностями. Пациент, который требует быстрых результатов или имеет вторичную выгоду от своей болезни, также не имеет достаточной мотивации. Мазохисты, которые нуждаются в своем невротическом страдании, могут войти в анализ и позже стать привязанными к боли, причиняемой лечением. Их лечение представляет собой трудную проблему для оценки мотивации на выздоровление. Дети мотивированы совершенно иначе, чем взрослые, и также нуждаются в оценивании с особой точки зрения (Freud A., 1965, Ch.6).

Психоанализ требует от пациента наличия способности выполнять более или менее последовательно и неоднократно те функции Эго, которые находятся в противоречии друг к другу. Например, для того, чтобы приблизиться к свободной ассоциации, пациент должен быть способен регрессировать в своем мышлении и позволить мыслям возникать пассивно, снять контроль над мыслями и чувствами и частично отказаться от проверки реальности. Кроме того, мы также ожидаем, что пациент понимает нас, когда мы сообщаем ему что-то, проделывает некоторую аналитическую работу сам, контролирует свои действия и чувства после сессии и находится в контакте с реальностью. Несмотря на свой невроз, доступный анализу пациент, как ожидают, имеет гибкие и эластичные функции Эго (Knight, 1952; Loewenatein,1963).

Мы также требуем, чтобы пациент в отношениях с аналитиком обладал способностью как к регрессии, так и к быстрому отказу от нее. От пациента ждут, что он разовьет различные регрессивные реакции переноса, выдержит их и, кроме того, будет работать над ними в сотрудничестве с аналитиком (Stone, 1961; Greenson, 1965a). Нарциссически ориентированные и психотические пациенты,

как правило, не подходят для психоанализа (Freud, 1916–1917; Knapp et al., 1960). Способность к эмпатии — один из наиболее существенных моментов для психоанализа, она зависит от способности временно и частично идентифицироваться с другими людьми (Greenson,1960). Для эффективной коммуникации между пациентом и аналитиком она должна быть у обоих. Замкнутые, эмоционально невовлекающиеся люди не подходят для психоаналитической терапии.

Свободная ассоциация, в сущности, приводит к обнажению болезненных интимных сведений о частной жизни. Из этого следует, что подходящий пациент должен обладать высоким уровнем честности и интеграции характера, способностью понятно рассказывать о тонких комбинациях эмоций. Люди с серьезными нарушениями мышления и расстройствами речи также не совсем подходят для анализа (Fenichel, 1945a; Knapp et al., 1960). Импульсивные, не могущие выдержать ожидания, фрустрации или болезненных аффектов люди — также плохие кандидаты для психоанализа.

Другая группа факторов, которая должна быть принята во внимание — это внешняя жизненная ситуация пациента. Тяжелая физическая болезнь или нетрудоспособность может истощить мотивацию пациента или исчерпать его энергию, необходимую для психологической работы. Иногда невроз может быть меньшим злом по сравнению с изнурительной болезнью или несчастной жизненной ситуацией. Пациенты, находящиеся на пике захватывающего любовного романа, также обычно не способны работать в анализе. Наличие раздраженного, воинственного, назойливого мужа, жены или родителя может сделать анализ временно неосуществимым. Невозможно работать аналитически на поле боя. Должна существовать некоторая возможность для размышления и интроспекции вне аналитической сессии. Кроме того, существуют такие практические моменты, как время и деньги, оба весьма существенные. Психоаналитическая клиника может смягчить финансовый стресс, но пока не известно ничего, что могло бы заменить психоаналитическое лечение. Дефицит доступных психоаналитиков является реальной проблемой, особенно в некоторых географических регионах.

Все предшествовавшие рассуждения помогут при определении, показан или противопоказан психоанализ для конкретного пациента. Годы клинической работы учат нас, однако, что только в процессе анализа можно с уверенностью определить, подходит ли пациент для психоанализа. Очевидно, как и при использовании любого другого метода, мы сталкиваемся со слишком большим числом переменных и неизвестных, чтобы быть в состоянии дать реальные предсказания. Фрейд (Freud, 1913b) осознавал эту проблему и утверждал, что только «пробный анализ», проводимый в течение нескольких недель, может обеспечить тщательное «зондирование» ситуации. Фенихель (Fenichel, 1945a) соглашался с этой точкой зрения, но Гловер обнаружил, что две трети английских аналитиков ее не разделяют (Glover, 1965, p. 261–350).

Я полагаю, что это различие во мнениях основывается скорее на тактике, чем на существе дела (Ekstein, 1950). Оно происходит из клинического опыта, который говорит о том, что заявление об определенном интервале времени, отведенном для испытательного периода, усложняет аналитическую ситуацию. Большинство аналитиков поэтому разрешают эту дилемму, не устанавливая определенного лимита времени для пробного анализа, а упоминая о временном аспекте другими способами. Я считаю полезным сообщить пациенту о своей точке зрения следующим образом: сначала я говорю пациенту, что считаю психоанализ лучшим лечением для него, выслушиваю его реакцию и жду его решения. Если он соглашается, тогда я объясняю ему роль свободной ассоциации и предлагаю поработать этим методом, подразумевая, что через определенное время мы оба будем четче осознавать необходимость выбора психоанализа после того, как поработаем некоторое время вместе.

Я умышленно не говорю определенно о том, сколько времени может понадобиться для психоанализа, так как опыт показывает, что в разных случаях срок работы может очень сильно разниться. Когда пациент начинает анализ, мне требуются месяцы, а иногда и годы, чтобы прийти к определенному решению, и этот промежуток времени все увеличивается по мере того, как я практикую. Много легче отказать тому, кто не подходит для психоанализа, в частности, для работы со мной, чем быть уверенным в хорошем терапевтическом результате. Это будет обсуждаться более детально во втором томе, в разделах, посвященных первым аналитическим сессиям и окончанию психоанализа.

Дополнительный список литературы

Историческое развитие психоаналитической терапии

Freud (1914b, 1925a), Freud A. (1950b), Kubie (1950), Loewald (1955), Menninger (1958, Ch.I).

Психоаналитическая теория невроза

Arlow (1963), Brenner (1955, Ch. VIII), Fenichel (1945a), Freud (1894, 1896, 1898), Glover (1939, Section II), Hendrick (1934), Lampl-de Groot (1963), Nagera (1966), Nunberg (1932, Ch. V, VIII, IX), Waelder (1960).

Метапсихология психоанализа

Hartmann (1939,1964), Hartmann and Kris (1945), Hartmann, Kris and Loewenstein (1946), Zetzel (1963).

Теория психоаналитической техники

Altman (1964), E. Bibring (1954), Gill (1954), Hartmann (1951), Kris (1956a, 1956b), Loewald (1960), Loewenstein (1954), Menninger (1958), Sharpe (1930, 1947).

Вариации психоаналитической техники

Alexander (1954a, 1954b), Bibring E. (1954), Bouvet (1958), Eissler (1958), Fromm-Rechmann (1954), Gill (1954), Greenacre (1954), Greenson (1958b), Loewenstein (1958a, 1958b), Nacht (1958a), Rangell (1954), Reich A. (1958), Rosenfeld (1958).

Свободная ассоциация

Kanzer (1961), Kris (1952), Loewenstein (1956).

Реакции переноса

Glover (1955, Ch. VII,VIII), Greenacre (1954, 1959, 1966b), Hoffer (1956), Orr (1954), Sharpe (1930), Spitz (1956b), Waelder (1956), Winnicott (1956a), Zeitzel (1956).

Сопротивления

Fenichel (1941, Ch. I, II), Glover (1955, Ch. IV, V, VI), Kohut (1957), Kris (1950), Menninger (1958, Ch. V), Reich W. (1928, 1929), Sharpe (1930).

Интерпретация

Fenichel (1941, Ch. IV, V), Kris (1951), Loewenstein (1951).

Проработка

Loewald (1960), Novey (1962), Stewart (1963).

Рабочий альянс

Frank (1956), Spitz (1956a), Stone (1961), Tarachow (1963,Ch. 2), Zeitzel (1956).

Использование неаналитических процедур

Bibring E. (1954), Gill (1954), Gitelson (1951), Knight (1952, 1953b), Stone (1951).

Показания и противопоказания для психоаналитической терапии

Guttman (1960; see particularly Karush), Nunberg (1932, Ch. XII), Waelder (1960, Ch. XI).

Глава 2

СОПРОТИВЛЕНИЕ

Я выбрал тему сопротивления в качестве первой главы по технике в этой книге потому, что еще Фрейд обнаружил важность *анализа* сопротивления в начале психоанализа (Breuer and Freud, 1893–1895, p. 268–270; Freud, 1914c, p. 147; Jones, 1953, p. 284). Анализ сопротивлений по-прежнему остается одним из двух краеугольных камней психоаналитической техники.

Психоанализ можно отличить от всех других форм психотерапии по тому, как здесь рассматривается вопрос о сопротивлении. Некоторые методы лечения имеют целью усиление сопротивлений, они называются «укрывающими» или «поддерживающими» терапиями (Knight, 1952). Другие разновидности психотерапии применяются с целью преодолеть сопротивление или различными способами обойти его, например, путем внушения или увещевания, либо включают эксплуатацию отношения переноса, применение лекарственных препаратов. Только в психоаналитической терапии мы пытаемся преодолеть сопротивления, анализируя их, вскрывая и интерпретируя их причины, цели, формы и историю.

2.1. Рабочее определение

Сопротивление означает своеобразную оппозицию. Оно включает все те силы пациента, которые противодействуют процедурам и процессам психоанализа, то есть мешают свободному ассоциированию пациента, его попыткам вспомнить, достичь и принять инсайт, которые действуют против разумного Эго пациента и его желания изменений; все эти силы могут рассматриваться как сопротивления (Freud, 1900, p. 517). Сопротивление может быть сознательным, предсознательным или бессознательным, может выражаться в виде эмоций, установок, идей, импульсов, мыслей, фантазий или действий. Сопротивление — это, по сути, контрсила в пациенте, действующая против прогресса анализа, против аналитика и аналитических процедур и процессов. Фрейд уже в 1912 году понял важность сопротивления, написав: «Сопротивление сопровождает лечение

шаг за шагом. Каждая ассоциация, каждое действие личности при лечении должны расплачиваться сопротивлением и представляют собой компромисс между силами, которые стремятся к выздоровлению, и силами, которые противодействуют этому» (Freud, 1912a, p. 103).

В пределах невроза пациента сопротивления выполняют защитную функцию. Сопротивления противодействуют эффективности аналитических процедур и защищают *status quo* пациента. Сопротивления защищают невроз и находятся в оппозиции к разумному Эго пациента, аналитической ситуации. Поскольку все аспекты психической жизни могут иметь защитную функцию, все они могут служить целям сопротивления.

2.2. Клинические проявления сопротивления

До того как мы сможем анализировать сопротивление, мы должны распознать его. Поэтому я собираюсь в этом разделе кратко описать некоторые наиболее типичные проявления сопротивления, появляющиеся в ходе анализа. Примеры, которые я приведу, просты и очевидны, поскольку в дидактических целях они должны быть понятными и информативными для начинающих. Следует помнить, что сопротивления проявляются самыми различными трудно уловимыми и сложными способами, в комбинациях или в смешанных формах, а единичные, изолированные примеры не являются правилом. Следует еще раз подчеркнуть, что все виды поведения могут служить функции сопротивления. Тот факт, что материал пациента может ясно вскрывать бессознательное содержание, инстинктивные импульсы или вытесненные воспоминания, не устраняет возможности того, что в то же самое время может работать сопротивление. Например, пациент может живо описывать на сессии какую-нибудь агрессивную деятельность для того, чтобы уйти от рассказа о переживании, который может показать, что он столкнулся с сексуальным искушением. Любой деятельностью можно злоупотребить в целях сопротивления. Более того, любое поведение всегда имеет как аспекты влечения, так и аспекты защиты (Fenichel, 1941, p. 57). Тем не менее клинические примеры, которые будут приведены, ограничиваются простыми, типичными и наиболее очевидными проявлениями сопротивления.

2.21. Пациент молчит

Молчание — наиболее прозрачная и частая форма сопротивления, встречающаяся в психоаналитической практике. Это означает, что пациент сознательно или бессознательно не расположен сообщать свои мысли или чувства аналитику. Пациент может осознавать это свое нежелание или может чувствовать только, что у него в голове нет ничего, о чем он мог бы рассказать. В любом случае наша задача — проанализировать причины молчания. Мы хотим раскрыть мотивы противодействия аналитической процедуре свободной ассоциации, и нам следует сказать что-нибудь вроде: «Что может заставлять вас бежать от анализа в данный момент?» Или мы можем следовать за чувством «ничего не приходит в голову»: «Что может создавать это ничто в Вашей голове?» или: «Вы, кажется, превратили нечто в ничто, что бы это могло быть?» Наши утверждения основываются на предположении, что только в глубочайшем сне голова может быть пустой, в других случаях «ничто» вызвано сопротивлением (Freud, 1913b, p. 137–138; Ferenczi, 1916–1917c).

Иногда, несмотря на молчание, пациент может невольно раскрыть мотив или содержание молчания своей позой, движениями или выражением лица. Отворачивание головы, избегание взгляда, закрывание глаз руками, скорченная поза тела на кушетке, краска, заливающая лицо, могут говорить о смущении. Если пациентка при этом с отсутствующим видом снимает свое обручальное кольцо с пальца и затем несколько раз продевает сквозь него мизинец, возможно, она смущена мыслями о сексуальности или супружеской неверности. Ее молчание показывает, что она еще не осознала этих импульсов и что происходит борьба между побуждением раскрыть и противодействующим ему импульсом спрятать эти чувства.

Молчание, однако, может иметь также и другие значения. Например, молчание может быть повторением прошлого события, в котором молчание играло важную роль (Greenson, 1961; Khan, 1963b). Молчание пациента может быть реакцией на первичную сцену[1]. В такой ситуации молчание — не только сопротивление, но также и содержание части повторного проживания. Существует много сложных проблем, связанных с молчанием, которые будут обсуждаться в разделах 2.298, 3.9411 и во втором томе. В основном молчание является сопротивлением анализу и должно рассматриваться как таковое.

[1] Первичная сцена — универсальные воспоминания или фантазии о сцене сексуальных отношений между родителями (*Примечание научного редактора*).

2.22. Пациент «не чувствует себя способным рассказывать»

Это вариант предыдущей ситуации. В этом случае пациент не молчит совершенно, но осознает, что «не чувствует себя способным рассказывать», или ему «нечего сказать». Очень часто это утверждение следует за молчанием. Наша задача та же самая: выяснить, почему и что пациент не способен рассказать. Это состояние «неспособности рассказывать» имеет причину или причины, и наша работа состоит в том, чтобы направить пациента на работу с ними. Это, в сущности, та же задача, что и исследование бессознательного «нечто», которое приносит осознанное «ничто» в сознание молчащего пациента.

2.23. Аффекты, являющиеся признаком сопротивления

Наиболее типичный признак сопротивления с точки зрения эмоций пациента наблюдается, когда пациент сообщает что-то вербально, но аффекты при этом *отсутствуют*. Его замечания сухи, скучны, монотонны и невыразительны. Создается впечатление, что пациент отстранен, его не трогает то, о чем он рассказывает. Особенно важно, когда отсутствие аффекта наблюдается при рассмотрении тех событий, которые должны быть чрезвычайно нагружены эмоциями. В целом *несоответствие* аффекта — это самый яркий признак сопротивления. Высказывания пациента кажутся странными, когда содержание высказывания и эмоция не соответствуют друг другу.

Недавно один пациент начал сессию с утверждения, что предыдущей ночью он пережил «сильное сексуальное возбуждение — в самом деле, величайшее сексуальное наслаждение» в своей жизни, со своей новобрачной. Он начал описывать переживание, но на меня произвела впечатление и озадачила его медленная, нерешительная речь, его частые вздохи. Несмотря на очевидную важность вербального содержания, я чувствовал, что слова и чувства не соответствуют друг другу; работало какое-то сопротивление. В конце концов я прервал пациента и спросил: «Это было прекрасным захватывающим опытом, но в то же время и грустным». Сначала он отрицал это, но, продолжая ассоциировать, сказал мне, что это прекрасное сексуальное переживание означало конец чего-то, это было своего рода прощание. Постепенно

стало ясно, что он отодвигал от себя осознание того, что его сексуальная жизнь с женой означает «прости» его диким инфантильным сексуальным фантазиям, которые продолжали жить неизмененными и неисполненными в его бессознательном (см. Schaffer, 1964).

2.24. Поза пациента

Очень часто пациенты раскрывают наличие сопротивления той позой, которую они принимают на кушетке. Когда пациент ригиден, неподвижен, свернулся в клубок, как бы оберегая себя, это может указывать на защиту. Кроме того, любые позы, которые принимаются пациентом и не меняются порой в течение сессии и от сессии к сессии, всегда являются признаком сопротивления. Если пациент относительно свободен от сопротивления, его поза как-то изменяется во время сессии. Чрезмерная подвижность также показывает, что нечто разряжается в движении, а не в словах. Противоречие между позой и вербальным содержанием — также признак сопротивления. Пациент, который рассказывает спокойно о каком-то событии, а сам корчится и извивается, рассказывает лишь часть истории. Его движения пересказывают другую ее часть. Сжатые кулаки, руки, туго скрещенные на груди, лодыжки, прижатые друг к другу, свидетельствуют об утаивании. Кроме того, пациент, садящийся во время сессии или спускающий одну ногу с кушетки, обнаруживает тем самым желание выйти из аналитической ситуации. Зевание во время сессии — признак сопротивления. То, как пациент входит в кабинет, избегая глаз аналитика или заводя небольшой разговор, который не продолжается на кушетке, или то, как он уходит, не взглянув на аналитика, — все это показатели сопротивления (Deutsch F., 1952).

2.25. Фиксация во времени

Обычно, когда пациент рассказывает относительно свободно, в его вербальной продукции будут колебания между прошлым и настоящим. Когда пациент рассказывает последовательно и неизменно о прошлом, не вставляя ничего о настоящем, или, наоборот, если пациент продолжительное время говорит о настоящем без случайных погружений назад, в прошлое — работает какое-то сопротивление. Привязанность к определенному временному периоду является избеганием, аналогичным ригидности, фиксированности эмоционального тона, позы и т. д.

2.26. Мелочи или внешние события

Когда пациент рассказывает о поверхностных, маловажных, относительно незначительных событиях в течение длительного периода времени, он избегает чего-то такого, что действительно является субъективно значимым. Когда при этом есть повторение содержания без его развития или аффекта, или без углубления понимания, мы вынуждены предположить, что действует какое-то сопротивление. Если же рассказ о мелочах не кажется самому пациенту лишним, мы имеем дело с «убеганием». Отсутствие интроспекции и полноты мысли — показатель сопротивления (Kohut, 1959). В целом вербализация, которая может быть изобильной, но при этом не приводит к новым воспоминаниям или новым инсайтам, или к большему эмоциональному осознанию — показатель защитного поведения (Martin, 1964).

То же самое верно для рассказа о внешних событиях — даже если это политические события большого значения. Если внешняя ситуация не ведет к внутренней, личной ситуации, значит, работает сопротивление. Поразительно, насколько редко пациенты говорят о политических событиях. Я помню, как был поражен, когда ни один из моих пациентов не упомянул об убийстве Ганди, когда оно произошло. Замечу, что лишь один пациент заговорил об убийстве президента Кеннеди (см. также: Wolfenstein and Kliman, 1965).

2.27. Избегание тем

Для пациентов очень типично как сознательное, так и бессознательное избегание болезненных тем. Это особенно верно для некоторых аспектов сексуальности, агрессии и переноса. Поразительно, что многие пациенты способны говорить много и вместе с тем щепетильно избегать рассмотрения конкретных проявлений своей сексуальности или агрессивных импульсов или каких-то своих чувств по отношению к аналитику. Что касается сексуальности, можно отметить, что большая часть болезненных моментов связана с физическими ощущениями и зонами тела. Пациент может говорить о сексуальных желаниях или возбуждении вообще, но неохотно указывает на конкретный вид физических ощущений или импульс, вызвавший их. Пациент может подробно рассказать о сексуальном событии, но не склонен просто и прямо указать, какая часть или части тела были вовлечены в него. Такие фразы, как: «Мы предавались оральной любви прошлой ночью» — или: «Мой муж целовал меня сексуально» — типичный пример этого вида сопротивления.

Точно так же пациенты будут говорить общими словами о чувстве раздражения или досады, тогда как в действительности это означает, что они были в ярости и чувствовали себя готовыми убить кого-нибудь.

Сексуальные или враждебные фантазии о личности аналитика также находятся среди наиболее изощренно избегаемых тем в начале анализа. Пациенты могут выказывать большое любопытство по отношению к аналитику, но будут говорить о нем в наиболее конвенциональных выражениях и будут неохотно сталкиваться со своими агрессивными или сексуальными чувствами. «Я бы хотела знать, женаты ли Вы» или «Вы выглядите бледным и усталым сегодня» — такие фразы маскируют выражение этих фантазий. Если какая-то важная тема не входит в аналитическую сессию, то это является признаком сопротивления и должно рассматриваться как таковое.

2.28. Ригидность

Любой установившийся порядок, который пациент выполняет без изменения во время аналитических сессий, следует рассматривать как сопротивление. В поведении, свободном от сопротивления, всегда есть какие-то изменения. Это верно, что все мы — творение привычки; но если эти привычки не служат важной защитной цели, они в какой-то степени подвержены изменениям.

Вот несколько типичных примеров: каждая сессия начинается с описания сновидения или объявления о том, что сновидений не было; каждая сессия начинается с рассказа о симптомах и жалобах или с описания событий предыдущего дня. Уже тот факт, что каждая сессия начинается стереотипно, говорит о сопротивлении. Есть пациенты, которые коллекционируют «интересную» информацию для того, чтобы подготовиться к аналитической сессии. Они ищут «материал», чтобы заполнить сессию или избежать молчания либо чтобы быть «хорошим пациентом», все это указывает на сопротивление. Постоянные опоздания или постоянная пунктуальность в силу своей ригидности указывают на нечто, что еще держится под контролем и отвращается[1]. Конкретная форма ригидности может также указывать на то, от чего она защищает. Например, привычка приходить на сессию раньше может указывать на страх опоздать — типичная «туалетная» тревога, относящаяся к страху потери контроля над сфинктером.

[1] Ward off переводится как «отвращать» (*Примечание научного редактора*).

2.29. Язык избегания

Использование клише, технических терминов или стерильного языка — один из наиболее частых показателей сопротивления. Это обычно указывает на то, что пациент избегает яркой образности своего языка. Цель этого — удержаться от личного самораскрытия (для более детального изучения этого вопроса см.: Stein, 1958). Пациент, который говорит «генитальные органы», когда он в действительности подразумевает пенис, избегает образа, который пришел бы на ум при слове пенис. Пациент, который говорит: «Я испытывал неприязнь», подразумевая: «Я был взбешен», также избегает образа и ощущения взбешенности, предпочитая ему стерильность «неприязни». Здесь следует отметить, что аналитику важно использовать личностно окрашенный, живой язык при разговоре с пациентом.

> Врач, который проходил у меня анализ в течение нескольких лет, в середине сессии начинает говорить на медицинском жаргоне. Неестественным тоном он говорит, что у его жены развился «болезненный, выдающийся наружу геморрой» как раз перед походом в горы, который они планировали. Он сказал, что эта новость вызвала у него «явное неудовольствие», и он хотел бы знать, может ли быть геморрой удален «хирургическим путем» или следует отложить отпуск. Я почувствовал скрытый гнев, который он сдерживал, и не мог не сказать: «Я думаю, вы в действительности считаете, что геморрой Вашей жены причиняет боль в заду Вам». Он ответил сердито: «Это верно, сукин вы сын, я хотел бы, чтобы они вырезали ей его, не выношу я этих женщин со всякими их выпуклостями, которые мешают моему удовольствию». Эта последняя деталь в данном случае относится к беременности его матери, которая ускорила его инфантильный невроз, когда ему было пять лет.

Использование клише изолирует аффекты и уводит от эмоционального вовлечения. Например, частое использование таких выражений, как «на самом деле» или «я считаю», «вы знаете», «и т. д., и т. д.» всегда является показателем избегания (см. также: Feldman, 1959). Из моего клинического опыта работы с пациентами в таких ситуациях я заключил, что «на самом деле» и «честно говоря» обычно означают, что пациент чувствует свою амбивалентность, осознает противоречивость своих чувств. Он *хочет*, чтобы то, что он сказал, было всей правдой. «Я действительно думаю так» означает, что он действительно хочет думать так. «Я искренне сожалею» означает, что он хотел бы искренне сожалеть, но он также осознает наличие противоположных чувств. «Я думаю, я сердился» означает: я уверен, что я сердился,

но я неохотно это признаю. «Я не знаю, с чего начать» означает: я знаю, с чего начать, но колеблюсь, начинать ли так. Пациент, который говорит аналитику несколько раз: «Я уверен, что вы действительно помните мою сестру Тилли», — обычно означает: я совсем не уверен, болван, действительно ли ты ее помнишь, поэтому я напоминаю тебе об этом. Все это весьма трудноуловимо, но обычно повторения показывают наличие сопротивлений и должны рассматриваться как таковые. Наиболее часто повторяющиеся клише являются проявлениями сопротивлений характера и с ними трудно справиться, прежде чем анализ не пойдет полным ходом. Изолированные клише могут быть легко доступны и в ранней стадии анализа.

2.210. Опоздания, пропуски сессий, забывчивость при оплате

Очевидно, что опоздания пациента, пропуски сессий, забывчивость при оплате являются показателями нежелания приходить или платить за анализ. И вновь это может осознаваться и, следовательно, быть относительно легко доступным или это может быть бессознательным, и тогда пациент будет рационализировать это событие. В последнем случае это не может быть проанализировано до тех пор, как появятся достаточные основания для того, чтобы конфронтировать пациента с вероятностью того, что он активно, но бессознательно делает что-то, чтобы избежать этой проблемы. Только если это достигнуто, можно выявить источник сопротивления. Пациент, который «забывает» заплатить, не просто неохотно вносит деньги, но также бессознательно пытается отрицать, что его отношения с аналитиком «всего лишь» профессиональные.

2.211. Отсутствие сновидений

Пациенты, которые знают, что они видели сновидение, и забывают его, очевидно, сопротивляются процессу воспоминания своих снов. Пациенты, которые рассказывают свои сновидения, но чьи сны указывают на бегство от анализа, как, например, обнаружение не того кабинета или приход к другому аналитику и т. п., тоже, очевидно, борются с какой-то формой избегания аналитической ситуации. Пациенты, которые не помнят даже то, что они видели

какой-нибудь сон, имеют, я полагаю, самые сильные сопротивления, потому что в данном случае сопротивление добивается успеха при атаках не только на содержание сновидения, но также и на воспоминание о том, что оно было.

Сновидение — самое важное средство доступа к бессознательному, к вытесненному и к инстинктивной жизни пациента. Забывание сновидений указывает на борьбу пациента с раскрытием его бессознательного, и, в частности, его инстинктивной жизни, аналитику (Freud, 1900, p. 517–521). Если будет достигнут успех в преодолении сопротивления на какой-то сессии, реакция пациента может состоять в неожиданном воспоминании о забытом сновидении или ему в голову могут прийти его новые фрагменты. Наводнение сессии описанием множества сновидений — другая разновидность сопротивления, это может указывать на бессознательное желание пациента продолжить свой сон в присутствии аналитика (Lewin, 1953).

2.212. Пациент скучает

Скука у пациента показывает, что он избегает осознания своих инстинктивных влечений и фантазий. Если пациенту скучно, это означает, что он пытается отвратить осознание своих импульсов и вместо них у него появляется специфичное бессодержательное напряжение — скука (Fenichel, 1934; Greenson, 1953). Когда пациент хорошо работает с аналитиком во время анализа, он стремится обнаружить свои фантазии. Скука вне зависимости от того, что она может означать, является защитой против фантазий. Замечу мимоходом, что скука у аналитика может свидетельствовать о том, что его фантазии о пациенте заблокированы реакцией контрпереноса. Это может также означать, что пациент сопротивляется и аналитик еще не определил этого сознательно, но его бессознательное восприятие делает его недовольным, беспокойным, скучающим.

2.213. У пациента есть секрет

Очевидно, что пациент, имеющий сознательный секрет, заявляет, что есть что-то, чего он избегает. Это особая форма сопротивления, обращение с которой заслуживает отдельного технического рассмотрения. Секретом может быть какое-то событие, о котором пациент хотел бы умолчать, или даже

слово, которое он не может, то есть не хочет, произнести. В этом случае все, что можно сказать: это одна из форм сопротивления; она так и должна быть обозначена, но это что-то, что нужно уважать, а не уничтожать, принуждать рассказать или выпрашивать у пациента. Более детально это будет обсуждаться в разделе 2.663.

2.214. Отыгрывание

Отыгрывание — очень частое и важное событие в психоанализе. Вне зависимости от того, что еще оно может означать, оно всегда служит функциям сопротивления. Это сопротивление, поскольку отыгрывание — это повторение в действии воспоминаний и аффектов, заменяющих слова. Более того, в отыгрывании всегда есть некоторое искажение. Отыгрывание служит множеству функций, но его функция сопротивления должна быть в конце концов проанализирована, поскольку неудача в этом может подвергнуть опасности весь анализ.

Один простой вид отыгрывания, который часто встречается в начале анализа, состоит в том, что пациент обсуждает материал аналитической сессии с кем-то, помимо аналитика. Очевидно, что это — форма избегания, в которой пациент смещает реакцию переноса на кого-то еще, для того чтобы избежать и ослабить некоторые аспекты своих чувств, испытываемых при переносе. Такое поведение следует специально отметить как сопротивление и исследовать его мотивы. Эта практика будет более детально обсуждаться, когда я буду описывать отыгрывание реакций переноса (раздел 3.84), а также во втором томе.

2.215. Частые веселые сессии

Аналитическая работа — серьезная. Она может быть не всегда мрачной и печальной, и не каждая сессия депрессивна и болезненна, но в основном это, по меньшей мере, тяжелая работа. Пациент может иметь некоторое удовлетворение при достижении чего-либо и даже испытывать время от времени чувство триумфа. Иногда точная интерпретация вызывает спонтанный смех у пациента и аналитика. Но частые веселые сессии, огромный энтузиазм и длительное приподнятое настроение показывают, что существует нечто, что отвращается — обычно что-то противоположной природы, некоторая

форма депрессии (Lewin, 1957; Greenson 1962). Бегство в здоровье, преждевременная утрата симптомов без инсайта — признаки сходных типов сопротивления, и с ними нужно обращаться соответственно.

2.216. Пациент не изменяется

Иногда аналитик работает с пациентом явно хорошо и успешно, но при этом заметных изменений в симптоматике или поведении пациента нет. Если это продолжается долго, а сопротивление не проявляется, аналитик должен искать скрытое, трудно уловимое сопротивление. Аналитик может ожидать изменений в поведении пациента или в его симптоматике, если анализ оказывает воздействие, следовательно, влияет на пациента. Если всякие проявления сопротивления отсутствуют, значит, мы, вероятно, имеем дело с неявной формой отыгрывания или сопротивления переноса (Glover, 1955, Ch. IV).

2.217. Молчаливое сопротивление

Здесь я остановлюсь на том сопротивлении, которое трудно ухватить и мысль о котором часто приходит в голову, когда аналитик думает о пациенте вне аналитической ситуации. Аналитик часто осознает присутствие этого сопротивления, когда спонтанно описывает этого пациента кому-нибудь еще. Эти сопротивления не замечаются во время одной сессии или даже многих, но могут быть замечены, когда аналитик рассматривает ход терапии со стороны. В данном случае мы имеем дело с едва уловимыми сопротивлениями, которые трудно распознавать и с которыми трудно бороться.

Очевидно, что в такой ситуации у аналитика присутствует элемент контрпереноса, а у пациента — сопротивление характера (Glover, 1955, p. 54, 185–186; Fenichel, 1941, p. 67–69).

Позвольте проиллюстрировать это. Я работал в течение многих лет с пациенткой, и, с моей точки зрения, дела продвигались медленно, но хорошо. Я бы даже сказал, что мне нравилась пациентка, я был удовлетворен нашей работой. И вот как-то я встретил аналитика, который рекомендовал ее мне, и, отвечая на его вопрос, как ее дела,

я обнаружил, что говорю: «Ну, вы знаете, она Qvetsch». (Qvetsch на идише означает хронический «вздыхальщик» или жалобщик). Я был удивлен своим замечанием, но позже понял, что оно верно (1); я не понимал этого раньше на сознательном уровне (2); я бессознательно защищал клиентку от своей досады на нее (3). После этого разговора я начал работать над этой проблемой как с нею, так и с самим собой.

Этот список сопротивлений не полон. Самое серьезное упущение в этом списке — это, конечно, сопротивления, обусловленные переносом. Однако я намеренно здесь не касаюсь этого вопроса, так как буду обсуждать перенос и сопротивления, сопровождающие ситуацию переноса, в главе 3. Существует много других типичных сопротивлений, которые я мог бы добавить к этому списку, но они похожи на те, которые я описал. Рассмотрим пример: пациент читает книги и статьи по психоанализу, пытаясь обнаружить что-нибудь для себя и, таким образом, избежать неожиданного столкновения с материалом, будучи неподготовленным. Это похоже на сопротивление в виде сбора материала, чтобы избежать на сессии пустоты или молчания. Другой пациент делает попытку войти в социальные, дружеские отношения с другими аналитиками, что означает попытку смягчения его собственных личностных реакций на аналитика, это похоже на разговоры об аналитической работе вне сессии. Курение во время сессии походит на другие действия, которые замещают собой перевод чувств и влечений в слова.

2.3. Исторический обзор

Прежде чем продолжить обсуждение теории сопротивления, я кратко очерчу историю развития психоаналитической точки зрения на этот вопрос. Вместо того чтобы пытаться систематически рассматривать каждую упоминаемую работу, я ограничусь теми их аспектами, которые вносят в осмысление проблемы нечто новое, поскольку эти статьи вполне доступны читателю.

Работа «Исследования истерии» (1893–1895), которую Фрейд написал совместно с Брейером, представляет собой выдающийся документ; читатель может наблюдать, как Фрейд пришел к таким фундаментальным открытиям, как сопротивление и перенос. Для гения Фрейда была характерна одна особенность: когда он встречался с препятствием на своем пути, он не довольствовался

тем, что избегал его или просто преодолевал, он имел счастливую способность превратить его в преимущество. Это особенно верно в отношении его работы с переносом и сопротивлением. В описании случая Элизабет фон Р., которую Фрейд лечил в 1892 году, он впервые упоминает термин «сопротивление» и дает некоторые предварительные формулировки. Он полагал, что пациентка «отгоняет прочь» какие-то несовместимые идеи и что сила сопротивления соответствует тому количеству энергии, с которой эти идеи пытаются проникнуть в ассоциации. Он высказывает гипотезу, что такая идея, как чужеродное тело, была отделена от остальной идеаторной жизни пациентки, связанной с восприятием и формированием идей, и от ее свободных ассоциаций (p. 157). Фрейд также ввел термины «защита», «мотив защиты» и «механизмы защиты» при обсуждении этой проблемы (p. 166).

В главе «Психотерапия истерии» той же работы Фрейд утверждает, что неспособность пациентки быть загипнотизированной в действительности означает нежелание быть загипнотизированной (p. 268). Терапевту следует преодолеть психическую силу пациента, которая препятствует тому, чтобы патогенные идеи стали осознанными. Эта сила должна была сыграть свою роль в формировании истерического симптома. Из-за того, что идеи были болезненны, Эго пациента вызвало для защиты отражающие силы, которые вытолкнули патогенные идеи из сознания и препятствовали их возвращению в воспоминаниях. Незнание пациента есть на самом деле *нежелание* знать (p. 268–270).

Задача аналитика — преодолеть сопротивление. Он делает это, согласно Фрейду, «настаивая», то есть используя давление на лоб, настаивая на том, что воспоминание появится, и другими способами. Пациенту предлагается рассказать все, даже если это тривиально или смущает его. Этот метод предполагает исключение воли пациента при поиске воспоминаний. То, что появляется, есть промежуточное связующее звено, а не всегда воспоминание (p. 270–272). (Это важный вклад в концепцию свободной ассоциации.)

Сопротивления упорны и возвращаются неоднократно. Они принимают множество форм, и Фрейд обсуждал рационализации пациента по поводу его сопротивления или понятие сопротивления сопротивлению (p. 279).

Разрешите мне процитировать рассуждение Фрейда по поводу техники обращения с сопротивлениями: «Какие средства мы имеем в своем распоряжении для преодоления этого продолжающегося сопротивления? Немногие, но они включают почти все, с помощью чего один человек может обычным путем оказать психическое влияние на другого. Во-первых, мы должны поразмыслить над тем, что психическое сопротивление, особенно то, которое было в силе в течение длительного времени, может быть разрешено медленно и постепенно, и мы должны терпеливо ждать. Во-вторых, мы можем рассчитывать на интеллектуальный интерес, который пациент почувствует, проработав незначительное время... И, наконец, — и это остается сильнейшим рычагом —

мы должны постараться после того, как мы обнаружим мотивы защиты, лишить их ценности или даже заменить их более сильными... Аналитик, насколько это в его власти, работает скорее как просветитель (ибо незнание рождает страх), как учитель, как представитель более свободного или высшего взгляда на мир, как исповедник, который дает отпущение грехов тем, что его симпатия и уважение к пациенту сохраняются и после окончания исповеди» (p. 282).

Затем Фрейд поднимает вопрос: не следует ли использовать гипноз и не сокращает ли использование гипноза работу? На оба вопроса он отвечает отрицательно. Эмма фон Р. легко поддавалась гипнозу и имела небольшое сопротивление, пока не были затронуты сексуальные вопросы; после этого ее нельзя было загипнотизировать, а еще позже была заблокирована ее способность вспоминать. Всегда при истерии защита — корень вопроса. Уберите сопротивления, и материал предстанет в должном порядке. Чем ближе вы подходите к ядру истерии, тем больше степень сопротивления (p. 284—289).

В этом месте Фрейд изменяет одну из высказанных ранее мыслей, утверждая, что вытесненное — не чужеродное тело, но больше похоже на инфильтрат. Если мы уберем сопротивление и сможем запустить циркуляцию обратно в этой прежде изолированной области, она сможет однажды снова стать интегрированной частью. Безнадежно пытаться достичь ядра сразу же, необходимо начать с периферии (p. 290—292). (Здесь мы видим указание на техническое правило, состоящее в том, что интерпретация должна начинаться с поверхности.)

В «Толковании сновидений» (Freud, 1900) Фрейд делает много ссылок на концепцию сопротивления. В различных местах он говорит о цензуре, обусловленной сопротивлением, или о цензуре, налагаемой сопротивлением (p. 308, 321, 530, 563). Ясно, что концепции сопротивления и цензуры очень тесно связаны друг с другом. Цензура для сновидений — то же, что сопротивление для свободной ассоциации (p. 520). Фрейд приводит клинические данные о том, что, пытаясь заставить пациента вспомнить забытый фрагмент сновидения, аналитик встречается с величайшим сопротивлением. Если же удается преодолеть сопротивление, пациент часто может вспомнить забытое прежде сновидение. Именно при рассмотрении забытых сновидений Фрейд делает утверждение: «*Все, что препятствует прогрессу аналитической работы, есть сопротивление*» (p. 517).

Работа «Психоаналитический метод Фрейда» содержит недвусмысленное утверждение, что фактор сопротивления стал одним из краеугольных камней его теории (Freud, 1904, p. 251). Гипноз, внушение и отреагирование были полностью оставлены в пользу свободной ассоциации и анализа сопротивления и переноса. (p. 252).

В случае Доры (Freud, 1905a) Фрейд описывает, как отношения переноса стали наиболее важным источником сопротивления, и то, как пациентка

отыгрывала вовне это сопротивление переноса. В конце концов это привело к прерыванию анализа, потому что Фрейд не полностью осознавал важность работы с сопротивлением, когда в 1900 году лечил эту пациентку (p. 116—120).

В работе «Динамика переноса» (Freud, 1912a) Фрейд идет дальше простого констатирования того, что перенос вызывает наиболее сильное сопротивление и что он — наиболее частая причина сопротивления. Он изучает динамические силы, которые заставляют либидо регрессировать и восставать против аналитической работы в форме сопротивления (p. 102). Фрейд описывает, как сопротивление сопровождает психотерапию шаг за шагом. Каждая ассоциация, каждое действие пациента в ходе лечения должно расплачиваться сопротивлением (p. 103).

Ассоциации пациента, помимо всего прочего, являются компромиссом между силами сопротивления и стремлением к выздоровлению. То же самое относится и к переносу. Здесь Фрейд делает очень важное подстрочное примечание, что борьба в сфере сопротивления переноса часто выбирается в качестве наиболее сильных конфликтов в анализе. Он сравнивает эту ситуацию с ситуацией боя: «Если в ходе битвы разворачивается особенно ожесточенный бой по поводу владения какой-то маленькой церковью или индивидуальной фермой, нет необходимости полагать, что эта церковь — национальная святыня или что в этом доме хранятся сокровища армии. Ценность этого объекта может быть чисто тактической, он может иметь значение только во время идущего сражения» (p. 104).

В работе «Вспоминание, повторение и проработка» (Freud, 1914c) Фрейд впервые упоминает навязчивое повторение, особый аспект сопротивления, а именно тенденцию пациента повторять прошлый опыт в действии, а не в воспоминании. Эти сопротивления особенно упорны и требуют проработки (p. 150—151). Более того, в этом эссе он утверждает, что для преодоления сопротивления необходимо сделать больше, чем просто назвать его. Пациенту нужно время, чтобы лучше узнать сопротивление и раскрыть вытесненные инстинктивные импульсы, которые питают его (p. 155). (Это одно из немногих технических замечаний, которые Фрейд делает о том, как пытаться анализировать сопротивление.)

В «Лекциях по введению в психоанализ» (Freud, 1916—1917) Фрейд вводит новый термин — «вязкость либидо»[1], который обозначает особую разновидность сопротивления (p. 348). Здесь он также заявляет, что нарциссические неврозы представляют собой непобедимый барьер, который не доступен аналитической технике (p. 423).

---

[1] «Вязкость либидо» — термин З. Фрейда, обозначающий «упорство, с которым либидо держится за определенные способы удовлетворения и объекты» (*Фрейд З.*Лекции по введению в психоанализ, 22 лекция), более общий термин — «инертность либидо» (*Примечание научного редактора*).

В работе «Торможение, симптомы и тревога» (1926a) Фрейд обсуждает сопротивления с точки зрения их источников. Он выделяет три вида сопротивлений, происходящих из Я и, кроме того, сопротивление Сверх-Я и сопротивление Оно (p. 160). (Этот вопрос будет рассматриваться в разделе 2.5.)

Работа «Анализ конечный и бесконечный» (Freud, 1937a) содержит некоторые новые теоретические разработки о природе сопротивления. Фрейд считает, что существует три фактора, которые важны для успеха терапевтических усилий: влияние травмы, конституциональная сила инстинктов и деформация Я (p. 224). Эта деформация уже существует у пациента из-за действия защитных процессов. Фрейд также развивает свою мысль о том, почему аналитический процесс с некоторыми пациентами идет так медленно. Он описывает пациентов с недостаточной подвижностью либидо и приписывает это вязкости либидо и психической инерции, которую он называет, «возможно, не совсем корректно», «сопротивлением, исходящим от Оно» (p. 242). Эти пациенты терзаются муками «негативной терапевтической реакции», обусловленной бессознательным чувством вины, которое является производным инстинкта смерти (p. 243).

В этой работе Фрейд утверждает, что сопротивление может быть обусловлено ошибками аналитика, некоторые из них вызываются его высоким эмоциональным напряжением, то есть обусловлены факторами профессионального риска (p. 247—249). Он заканчивает свое эссе несколькими клиническими замечаниями о наиболее сильных сопротивлениях у мужчин и у женщин. У женщин наиболее сильный источник сопротивления связан с завистью к пенису, тогда как у мужчин наиболее значительное сопротивление исходит из страха пассивных феминных желаний по отношению к другим мужчинам (p. 250—253).

Из этого обзора рассуждений Фрейда о сопротивлении можно увидеть, что он начал с того, что считал сопротивление, в сущности, помехой в работе, а позже оно было признано чем-то значительно большим. Несмотря на то, что его первоначальная техника была сфокусирована на отреагировании и получении воспоминаний, позже сами сопротивления становятся источником очень важных знаний об истории жизни пациента, и в особенности о его симптоматике. Эти идеи развивались и достигли кульминации в работе «Анализ конечный и бесконечный», где концепция сопротивления уже включает в себя Оно и Сверх-Я.

Следует также добавить несколько слов о работах других авторов. Наиболее важный шаг вперед был сделан Анной Фрейд. Ее книга «Эго и механизмы защиты» (Freud A., 1936) была первой попыткой систематизировать наше понимание различных механизмов защиты и связать их с проблемами сопротивления в ходе психоанализа. В этой работе А. Фрейд показывает, что сопротивление — не только помеха лечению, но и важный источник

информации о функциях Эго в целом. Защиты, которые проявляются как сопротивления во время лечения, выполняют важные функции для пациента в его внешней жизни. Защиты также повторяются в реакциях переноса (р. 30–44).

Две работы Вильгельма Райха (Reich, 1928, 1929) по формированию характера и анализу характера были важным дополнением к психоаналитическому пониманию сопротивления. Понятие «невротический характер» относится к обычно Эго-синтонным, привычным установкам и формам поведения пациента, которые служат своеобразным панцирем, защищающим от внешних стимулов и внутренних инстинктивных вспышек (Reich, 1928, р. 132–135). Эти черты характера и должны выступать как предмет анализа, но как и когда это происходит, остается предметом споров (Freud A., 1936, р. 35; Fenichel, 1941, р. 67–68).

Идеи Хартманна (Hartmann, 1964) об адаптации, относительной автономии, областях, свободных от конфликтов, внутрисистемных конфликтах и нейтрализации имеют важное значение для решения проблем психоаналитической техники. Концепция Эрнста Криса о регрессии под контролем Эго, или на службе Эго, является другим выдающимся вкладом в психоанализ (Kris, 1950, р. 312). Эти концепции проливают свет на то, что до этого включалось в категорию под названием «искусство психоанализа». И, наконец, некоторые из более поздних идей о различиях в защитах, сопротивлениях и регрессиях при неврозах и психозах также кажутся мне перспективными (Winnicott, 1955; Freeman, 1959; Wexler, 1960).

2.4. Теория сопротивления

2.41. Сопротивление и защита

Концепция сопротивления является базовой для психоаналитической техники и ввиду своего центрального положения затрагивает все важные технические вопросы. Сопротивление следует рассмотреть с различных точек зрения для того, чтобы оно было должным образом понято. Данное теоретическое обсуждение будет касаться лишь нескольких фундаментальных аспектов, которые чрезвычайно важны для понимания клинических и техни-

ческих проблем. Более специфичные теоретические вопросы будут рассмотрены в связи с частными проблемами. В поисках более полного метапсихологического подхода читателю следует обратиться к классической психоаналитической литературе (Freud, 1912a, 1914c, 1926a, 1937a; Freud A., 1936; Fenichel, 1945a, Ch. VIII, IX; Gill, 1963, Ch. 5, 6).

Сопротивление противодействует как аналитической процедуре, так и разумному Эго пациента. Сопротивление защищает невроз, старый, хорошо знакомый и инфантильный, от выставления на свет и изменения. Это может быть адаптивным. Термин «сопротивление» относится ко всем *защитным операциям* психического аппарата, когда они проявляются в аналитической ситуации.

Термин «защита» относится к процессам, которые предохраняют против опасности и боли и противостоят активности инстинктов, стремящихся к удовольствию и разрядке. В психоаналитической ситуации защиты проявляются как сопротивления. Фрейд использует эти термины как синонимы в большинстве своих работ. Функция защиты первоначально и в основном принадлежит Эго, хотя каждый вид психических феноменов может быть использован в целях защиты. Это касается того вопроса, который был поднят Анной Фрейд, когда она утверждала, что многие странные формы образов, которые возникают в сновидении, спровоцированы приказанием Эго, которое не выполнено полностью. Аналогично, различные способы защиты не являются работой только Эго, ибо здесь могут также быть использованы некоторые компоненты инстинкта (Freud A., 1936, p. 192). Эта мысль, по-видимому, приложима и к представлению о предварительных стадиях защиты и особой проблеме защит у психотического пациента в сравнении с невротическим (Freeman, 1959, p. 208, 211).

Я полагаю, что можно с уверенностью утверждать, что вне зависимости от того, какого рода психический феномен используется для целей защиты, он должен действовать через Эго. В качестве технического правила логично, что анализ сопротивления следует начинать с Эго. Сопротивление — операциональное понятие; анализ не создает здесь ничего нового; аналитическая ситуация становится лишь ареной, где силы сопротивления проявляют себя.

Нужно помнить, что в ходе анализа силы сопротивления будут использовать все механизмы, формы, способы, методы и констелляции защит, которыми Эго располагает во внешней жизни пациента. Они могут состоять из элементарных психодинамизмов, которые бессознательное Эго использует для сохранения своих синтетических функций, таких, как механизмы вытеснения, проекции, интроекции, изоляции и т. д. Или сопротивления могут состоять из недавних, более сложных приобретений, таких, как рационализация или интеллектуализация, которые также применяются для защитных целей (Sperling, 1958, p. 36—37).

Сопротивления пациента работают в основном в его бессознательном Эго, хотя определенные аспекты сопротивления могут быть доступны для наблюдающего, оценивающего Эго пациента. Мы должны различать: то, *что* пациент сопротивляется, *как* он делает это, *что* он отвращает и *почему* (Fenichel, 1941, p. 18; Gill, 1963, p. 96). Защитный механизм сопротивления по определению всегда бессознателен, но пациент может осознавать то или иное вторичное проявление процесса защиты. Сопротивления в процессе анализа проявляются как некоторая форма противодействия процедурам или процессам анализа. В начале анализа пациент будет скорее ощущать это как некоторое противодействие просьбам аналитика или его вмешательствам, чем как интрапсихическое явление. По мере развития рабочего альянса и идентифицикации с рабочими установками аналитика сопротивление воспринимается пациентом как чуждое Эго защитное действие внутри «переживающего» Эго пациента. Это происходит в ходе анализа в соответствии с флуктуациями рабочего альянса. Следует подчеркнуть, однако, что во время всего анализа, при каждом его шаге, будет происходить борьба с сопротивлениями. Она может ощущаться интрапсихически или в отношениях с аналитиком; она может быть сознательной, предсознательной или бессознательной; борьба может быть незначительной или кровопролитной, но сопротивление вездесуще.

Концепция защиты включает две составляющие: опасность и защищающую инстанцию. Концепция сопротивления состоит из трех составляющих: опасности, силы, вызванной для защиты иррационального Эго, и силы, толкающей вперед, на риск, — преадаптивного Эго.

Другая параллель между защитой и сопротивлением состоит в признании существования иерархии сопротивлений, точно так же как прежде мы постулировали иерархию защит. Концепция защиты относится к различной бессознательной активности Эго, но мы можем различать глубокие бессознательные автоматические защитные механизмы и те, что ближе сознательному Эго. Чем более низкое место в такой иерархии занимает определенная защита, тем сильнее она связана с вытесненным материалом и тем менее вероятно, что она станет осознанной. Чем выше по иерархической шкале находится защита, тем она действует в большем соответствии со вторичным процессом и регулирует более нейтрализованные разрядки (см. Gero, 1951, p. 578; Gill, 1963, p. 115). Эти рассуждения могут быть использованы и в нашем толковании сопротивлений. Сопротивления также включают широкий набор процессов, которые можно дифференцировать по тому, используют ли они первичные или вторичные процессы при своем функционировании, а также по отношению к тому, что они пытаются регулировать — инстинктивную или нейтрализованную разрядку. Я полагаю, что могу проиллюстрировать это положение описанием поведения пациента, который утверждал, что он боялся «позволить мне войти в него», потому что он тогда был бы поглощен, разрушен, потерян.

Как отличается это сопротивление от того, которое обнаружил пациент, сказав мне, что он всегда тихо напевал какую-нибудь мелодию для того, чтобы уменьшить влияние того, что я могу сказать.

Защита и сопротивление — родственные термины; защита и то, от чего защищаются, образуют единое целое. Защитное поведение обеспечивает разрядку для того, от чего защищаются. Во всяком поведении есть импульсивный и защитный аспекты (Fenichel, 1941, p. 57). Жестокие самопопреки страдающего навязчивостями явно выдают лежащие в глубине садистские импульсы, которые пациент стремится отвратить. Все защиты являются «относительными» защитами (см. там же, p. 62). Некоторый аспект поведения может быть защитой по отношению к какому-то более примитивному по сравнению с ним побуждению, и в то же самое время данное поведение можно рассматривать как побуждение по отношению к защите более высокого порядка (Gill, 1963, p. 122).

Я могу проиллюстрировать, как единство сопротивления-импульса проявляется в ходе анализа. Мужчина средних лет, психиатр, рассказал мне, что он получает большое удовольствие от секса со своей женой, «даже от ее влажной, зловонной вагины». Затем он добавил: «довольно странно», что после полового акта он обычно просыпается после глубокого сна, обнаружив, что он обмывает свои гениталии в ванной комнате. В свете предыдущей дискуссии я попытаюсь объяснить это сопротивление следующим образом: рассказ пациента о том, что он получает большое удовольствие от секса, по своему содержанию явно инстинктивен; но, с другой стороны, это попытка понравиться мне, показать, насколько он здоров, снять любые сомнения, которые у меня могли бы быть относительно его потенции. Можно легко увидеть в этом проявление импульса, а также сопротивления. Все это, однако, есть защита по отношению к продолжению фразы: «...даже от ее влажной, зловонной вагины». Защитный аспект выдается словом «даже». Но это описание слишком очевидно содержит эксгибиционистский элемент, удовлетворяющий влечение. Это также сопротивление против столкновения со значением следующей части поведения — умывания в ванной комнате. На эту деятельность пациент реагирует как на сопротивление, чуждое Эго в свете предыдущего утверждения о том, что он получает удовольствие от ее вагины, и того факта, что он находит это умывание странным. Но это также защитное действие против ощущения грязи, которое будит его и побуждает преодолеть его умыванием.

Я полагаю, что этот краткий анализ послужит примером и сделает более ясной концепцию относительности сопротивления и защиты. Концепции «сопротивления сопротивлению» или «защиты от защиты» аналогичны (см. Freud, 1937a, p. 239; Fenichel, 1941, p. 61).

Иерархичность и многослойность сопротивлений и импульсов не подразумевают, что мы можем ожидать найти упорядоченную стратификацию этих компонентов в психике людей, проходящих анализ. Эта идея была доведена до крайности Вильгельмом Райхом (Reich, 1928; Reich, 1929), который был сторонником анализирования единства сопротивление — импульс в обратном хронологическом порядке. Фенихель (Fenichel, 1941, p. 47–48) и Хартманн (Hartmann, 1951, p. 147) подчеркивали, что существует много факторов, которые могут нарушать историческую стратификацию и вызывать в ней «погрешности» и другие, более хаотичные вещи.

Я бы хотел подвести итог этой части теоретической дискуссии о сопротивлении и защите, процитировав Мертона Гилла (Gill, 1963, p. 123): «Мы не можем провести жесткой границы между различными уровнями защиты. Если защиты существуют в иерархии, то нижний уровень должен быть бессознательным и автоматическим и может быть патогенным. Защиты, занимающие более высокие уровни иерархии, должны быть сознательными и намеренными и могут быть адаптивными. И, конечно же, специфическое защитное поведение может включать в себя обе эти характеристики. Мысль о том, что защиты способны исчезнуть после анализа, может быть высказана только теми, кто придерживается очень ограниченного взгляда на защиту, поскольку в концепции иерархичности функционирование личности можно сравнить со строением ткани: защиты как бы являются поперечной нитью, а влечения и их производные — нитью основы».

Давайте теперь от вопроса об отношении мотивов и механизмов защиты вернемся к рассмотрению мотивов и механизмов сопротивления (Freud A., 1936, p. 45–70; Fenichel, 1945a). Изучая мотив, мы рассматриваем вопрос о том, что *является причиной* включения защиты. Непосредственная причина защиты — всегда избегание какого-то болезненного аффекта, такого, как тревога, вина или стыд. Более отдаленная причина — это лежащий ниже инстинктивный импульс, который и возбуждает тревогу, вину или стыд. Самая отдаленная причина — травматическая ситуация, положение, в котором Эго сокрушено и беспомощно, потому что затоплено тревогой, которую оно не может контролировать, овладеть ею или ограничить ее, — состояние паники. Этого состояния пациент стремится избежать, включая защиту при любом признаке опасности (Schur, 1953).

Позвольте мне проиллюстрировать это простым клиническим примером. Обычно добродушный пациент на аналитической сессии начал сбивчиво рассказывать, что видел меня на концерте накануне вечером. Было ясно, что он смущен и встревожен. После того как эти чувства были осознаны пациентом, мы исследовали причины, лежащие в основе его тревоги, и обнаружили, что он почувствовал ревность и возмущение

из-за того, что я, казалось, наслаждался обществом молодого человека. На последующих сессиях мы раскрыли тот факт, что ситуация конкуренции мобилизовала в нем тенденцию к ужасным вспышкам гнева. В детстве он страдал от своего вспыльчивого характера, когда ему казалось, что его младший брат более любим, чем он сам. Частью его позднейшей невротической деформации стала чрезмерная ригидная добродушность. Я полагаю, что этот пример демонстрирует непосредственную, более отдаленную и самую отдаленную причину сопротивления. Смущение — непосредственный мотив. Возмущение от ревности — более отдаленная причина сопротивления. Самой отдаленной причиной, основой для сопротивления послужил страх неистового гнева.

Опасные ситуации, которые могут вызвать травматическое состояние, имеют определенную последовательность развития и изменяются в соответствии с разными фазами созревания (Freud, 1926a, p. 134–143). Они могут быть приблизительно охарактеризованы как страх быть покинутым, страх уничтожения тела, страх потери любви, страх кастрации и страх потери уважения к себе. В ходе анализа каждая мысль, чувство или фантазия, которые вызывают болезненную эмоцию, появившись в свободной ассоциации, сновидении или в результате вмешательства аналитика, вызовут какую-то степень сопротивления. Исследуя, что лежит за болезненным аффектом, мы обнаружим некий инстинктивный импульс и в конечном счете некоторую связь с относительно травматическим событием в истории пациента.

Проблема проработки особенно важна в теории сопротивления, поскольку именно при обсуждении данного вопроса Фрейд ввел термины «навязчивое повторение», «вязкость либидо» и «психическая инерция» (1914c, p. 150; 1937a, p. 241–242). Эти феномены связаны с тем, что Фрейд определил «быть может, не совсем корректно» как «сопротивление Оно», манифестацию инстинкта смерти (1937a, p. 242). Не намереваясь вообще отказываться от этих идей, я должен сказать, что концепция сопротивления, идущего от Ид, кажется или неточной, или противоречивой. Согласно нашему рабочему определению сопротивления, все сопротивления действуют через Эго вне зависимости от того, откуда берет истоки опасность или способ действия. Цепляние за старые способы удовлетворения, которое подразумевается в понятиях вязкости либидо и психической инерции, может иметь некоторую особую инстинктивную основу, но мой клинический опыт показывает, что в таких случаях за этим лежит страх нового или зрелого способа удовлетворения, который и делает старые способы удовлетворения такими стойкими.

По моему мнению, роль инстинкта смерти в отношении к сопротивлению слишком сложна и слишком специфична для того, чтобы особо обсуждать ее в книге по технике. Я думаю, что концепция инстинкта смерти отличается

от концепции агрессивных инстинктивных влечений. Интерпретация клинического материала пациенту в терминах инстинкта смерти слишком легко может стать поверхностной и механистичной.

С технической точки зрения к проблеме навязчивого повторения терапевтически лучше всего подходить, считая его попыткой запоздалого овладения старой травматической ситуацией. Или же это повторение может представлять собой надежду на более счастливое окончание прошлой фрустрации. К мазохизму, самодеструктивному поведению и потребности в страдании, возможно, лучше подойти клинически как к проявлениям агрессии, направленной на себя. По моему опыту, интерпретация сопротивления как выражения инстинкта смерти приводит только к интеллектуализации, пассивности и покорности. Мне представляется клинически обоснованным, что в конечном счете при анализе мы находим те же самые основные мотивы для сопротивления, что и для защиты, а именно избегание боли.

2.42. Сопротивление и регрессия

Регрессия — описательная концепция, она относится к возвращению к более ранним, более примитивным формам психической деятельности (Freud, 1916–1917, p. 342). При регрессии имеется тенденция к возвращению к точкам фиксации, сформировавшимся в ранее. Фиксация и регрессия формируют комплементарные серии (Freud, 1916–1917, p. 362; Fenichel, 1945a, p. 65). Можно лучше понять эту взаимосвязь, воспользовавшись такой аналогией: армия пытается продвинуться вперед по территории врага. Она будет оставлять наибольшее число оккупантов в тех местах, где встретились наибольшие трудности, или в самых безопасных местах, там, где осуществлялось удовлетворение потребностей. Однако, поступая так, наступающая армия ослабевает, и стоит ей встретить трудности на своем пути, как она возвратится на те позиции, где она оставила самые сильные оккупационные группы.

Фиксации вызываются врожденной предрасположенностью, конституциональными факторами и опытом, которые формируют комплементарные серии. Мы мало знаем о наследственных, врожденных факторах, но мы знаем определенно, что чрезмерные удовлетворения в определенный момент развития ведут к фиксации. От сильных удовлетворений отказываются неохотно, особенно если они сочетаются с ощущением безопасности. Ребенок, которому давали много анально-эротической стимуляции благодаря чрезмерной заботе матери о его анальной деятельности, не только получает большое чувственное удовлетворение, но также и уверенность в получении одобрения матери.

Фенихель придерживался мнения, что чрезвычайные фрустрации тоже могут вызывать фиксации (1945а, р. 65). Он говорил, что фиксация может появляться потому, что (а) существует давнишняя надежда, что в конце концов будет получено давно желаемое удовлетворение, и (б) фрустрация содействует вытеснению влечений, что препятствует их дальнейшему развитию. Комбинация чрезмерного удовлетворения и чрезмерной фрустрации и в особенности внезапные изменения от одного к другому способствуют фиксации.

Регрессия и фиксация взаимозависимы (Freud A., 1965, р. 96). Тем не менее следует помнить, что понятие фиксации связано с концепцией развития, а регрессия — это защитный процесс. Мой собственный клинический опыт противоречит формулировкам Фенихеля о причинах фиксации и регрессии. Я считаю, что фиксации вызываются в основном чрезмерными удовлетворениями, а регрессия запускается чрезмерной болью или опасностью. Никто не цепляется за какое-то отсутствующее удовлетворение, если нет воспоминания о чрезмерном удовольствии, связанном с ним. Это верно только относительно. Удовлетворение более высокого уровня слишком опасно, а более регрессивное — недостаточно награждаемо. Следовательно, момент фиксации — самый удовлетворяющий. Он предлагает лучшую комбинацию удовлетворения и безопасности.

Регрессия мотивируется бегством от боли и опасности. По-видимому, это так, когда бы мы ни имели дело с патологической регрессией. В случае, когда пациент отвергает свою эдипову любовь и соперничество, свою мастурбацию и фаллическую, эксгибиционистскую гордость и однажды снова становится открыто неповинующимся, язвительно-покорным, «туалетно-ориентированным» и навязчивым, причина именно в этом. Если удовлетворение и играет какую-то роль в регрессии, то только в том случае, когда оно продуцирует травматичную тревогу. Если удовлетворение не становится травматическим, оно вызывает фиксацию на эдиповом уровне, а не регрессию.

Регрессия может происходить в объектных отношениях и в сексуальной организации (Freud, 1916—1917, р. 341). С точки зрения топографии это переход от вторичного процесса к первичному. Гилл (Gill, 1963, р. 93) полагает, что это также подразумевает регрессию в психических структурах, регрессию перцептивных функций Эго, выраженную в трансформировании мыслей в визуальные образы. Винникотт (Winnicott, 1955, р. 283, 286) утверждает, что наиболее важным аспектом регрессии является регрессия функций Эго и объектных отношений, особенно в направлении первичного нарциссизма.

Наиболее тщательно и систематично регрессию изучала Анна Фрейд (Freud A., 1965, р. 93—107). Она утверждает, что регрессия может осуществляться во всех трех психических структурах; она может затрагивать психическое содержание так же, как и функционирование; и она может влиять на инстинктивную цель, объект-репрезентации и содержание фантазий.

(Я бы еще добавил в этот список эрогенные зоны и образ Я.) Регрессия Ид более упорная и вязкая, тогда как регрессия функций Эго часто более мимолетна. Временная регрессия функций Эго — часть нормального развития ребенка. В процессе созревания регресс и прогресс чередуются и постоянно переплетаются друг с другом.

Регрессия занимает особое положение среди защит, и даже высказываются сомнения, действительно ли она относится к ним (Freud A., 1936; Fenichel, 1945a; Gill, 1963). Однако нет сомнений в том, что Эго действительно использует различные формы регрессии для целей сопротивления и защиты. Роль Эго по отношению к регрессии — несколько другая. В целом создается впечатление, что Эго здесь более пассивно, чем при других защитных операциях. Очень часто регрессия приводится в движение инстинктивной фрустрацией, возникающей на каком-то конкретном уровне, что заставляет влечения искать выход в обратном направлении (Fenichel, 1945a, p. 160). Тем не менее при определенных условиях Эго действительно способно регулировать регрессию, как оно это делает во сне, остроумии и при творческой деятельности (Kris, 1950, p. 312—313). В действительности для психического здоровья и, сверх того, для способности психологически мыслить примитивные функции необходимо дополнить более высокодифференцированными (Hartmann, 1947, Khan, 1960; Greenson, 1960). Как и в случае других защит, важно различать относительно более патогенные и адаптивные регрессии.

Важно иметь в виду, что регрессия — это не тотальное, всеобъемлющее явление. Обычно мы видим выборочные регрессии. Пациент может регрессировать только в определенных функциях Эго, а в остальных — нет. Или же может наблюдаться сильная регрессия инстинктивных целей и относительно слабая регрессия в объектных отношениях. «Неравномерность» регрессии — очень важная концепция для клинической практики (Freud A., 1965).

Эта дискуссия имеет важное значение для терапевтического процесса. Для психоаналитической терапии регрессия необходима — и действительно, наш сеттинг и установка способствуют такому развитию (см. часть 4, а также Venninger, 1958, p. 52). Однако большинство аналитиков имеют в виду *оптимальное* количество регрессии. Мы выбираем таких пациентов, которые, по большей части, регрессируют только временно и частично. Вместе с тем существуют различные мнения по этому вопросу. Например, Векслер (1960, p. 41—42) предостерегает против использования таких процедур, как свободная ассоциация, при работе с некоторыми пограничными пациентами, поскольку это может привести к отъединению их от объектов; тогда как Винникотт (Winnicott, 1955, p. 287) считает, что задача аналитика — поощрять полную регрессию даже у психотического пациента.

2.5. Классификация сопротивлений

2.51. В соответствии с источником сопротивлений

В своих работах, посвященных проблеме защиты и сопротивления, Фрейд в разное время пытался выделить разные типы сопротивления. В работе «Торможения, симптомы и тревога» (Freud, 1926a, p. 160) он различает пять видов сопротивления и классифицирует их в соответствии с их источником: (1) сопротивление вытеснения, под которым он подразумевал сопротивление защит Я; (2) сопротивление переноса, которое Фрейд классифицировал как сопротивление, исходящее из Я, поскольку перенос является заменителем воспоминания и базируется на механизме смещения с объектов прошлого на объекты настоящего; (3) выгоду от болезни, или вторичную выгоду, он тоже поместил среди сопротивлений Я; (4) четвертой разновидностью он считал те сопротивления, которые требуют проработки, а именно, вынужденные повторения и вязкость либидо, которые он считал сопротивлениями Оно; (5) последнюю группу сопротивлений, выделенную Фрейдом, составляют те, которые возникают из бессознательного чувства вины и потребности в наказании. Он полагал, что эти сопротивления образуются в Сверх-Я.

Гловер (Glover, 1955) в двух главах, посвященных защитам и сопротивлениям в своей книге по технике, классифицирует сопротивления многими способами, но придерживается классификации Фрейда в соответствии с источниками сопротивления. Фенихель (Fenichel, 1941) считал этот метод дифференциации несистематичным и отмечал, что у самого Фрейда было такое же впечатление (p. 33—34).

Перед тем как продолжить наше обсуждение источников сопротивления, мне хотелось бы высказать трюизм, что все психические структуры участвуют во всех психических событиях, хотя и в различной степени. Имея это в виду, мы, возможно, будем менее склонны упрощать или слишком обобщать свои формулировки. В соответствии с нашей дискуссией о сопротивлении и защите я полагаю, что функция защиты — избегание боли, вне зависимости от того, что вызвало эту боль, причем эта функция инициируется Эго. Эго является той психической структурой, которая мобилизует функции отвращения (чего-либо), избегания. Оно может делать это, задействуя бессознательные первичные механизмы защиты, такие, как вытеснение, проекция, интроекция

и т. д. Однако оно может также делать это, используя любые другие сознательные и бессознательные психические функции. Например, гетеросексуальная активность может быть использована как защита, а в ходе анализа как сопротивление против гомосексуальных импульсов. Прегенитальные сексуальные удовольствия могут быть не только выражением инфантильных компонентов Ид, но, если они становятся источником сопротивления, они могут также служить функциям защиты и сопротивления против эдиповой ситуации (Friedman, 1953). Фрейд, Гловер и Анна Фрейд описывали сопротивления Ид как те сопротивления, которые требуют проработки и идут от навязчивого повторения и вязкости либидо. По моему мнению, эти сопротивления также действуют через Эго. Конкретная инстинктивная активность повторяется и не поддается пониманию, только если она привлекает на свою сторону помощь защитных функций Эго. Проработка действует не непосредственно на Ид, а только через Эго. Для того чтобы проработка имела успех, Эго следует побудить отказаться от своих патологических защитных функций. Таким образом, Ид может участвовать в «маневрах» сопротивления, но мне кажется, что только при том допущении, что оно само используется Эго для защитных целей. Следует подчеркнуть, что эта формулировка верна при неврозе переноса; проблема может быть другой при психозах (Winnicott, 1955; Freeman, 1959; Wexler, 1960).

Сходная ситуация существует и в отношении Супер-Эго. Чувства вины могут побуждать Эго включать различные механизмы защиты. Но мы можем также встретить ситуации, где чувство вины требует удовлетворения, требует наказания и приобретает качества, подобные Ид. Эго может защищаться против этого, используя различные реактивные образования, которые имеют качество «сверхморали». Мы видим типичный пример этого при навязчивых неврозах. Однако при тяжелых мазохистских характерах мы встречаемся с ситуацией, когда потребность в страдании доставляет удовольствие, и пациент дает выход требованиям Супер-Эго, осуществляя действия, которые, как он знает, причиняют ему боль. Когда это случается, мы сталкиваемся с сопротивлением в анализе, потому что эти искания боли относительно приятны и одновременно это — отвращение другой тревоги (Fenichel, 1945a, p. 166). Оно служит и функции удовлетворения, и функции защиты, сопротивления. Нашей терапевтической задачей будет подвести разумное Эго пациента к узнаванию функции сопротивления и склонить его отважиться встать перед лицом большей, нижележащей болезненной тревоги, чтобы ее можно было анализировать.

Таким образом, по моему впечатлению, каков бы ни был первоначальный источник активности, функции сопротивления всегда исходят от Эго. Другие психические структуры следует понимать как действующие через Эго. Мотивом для защиты и сопротивления всегда является избегание боли. Видом

или способом сопротивления может быть любой тип психической деятельности, от защитных механизмов до инстинктивной активности. Стимулы, которые вызывают защитные маневры, могут *исходить* из любой психической структуры — Эго, Ид или Супер-Эго. Но *восприятие опасности* — функция Эго.

Идеи Фрейда о сигнальной тревоге чрезвычайно важны при подходе к этим сложным взаимоотношениям. Я бы хотел использовать роль Эго в тревоге как пример для понимания некоторых важных вопросов. В работе «Торможения, симптомы и тревога» он описывает а) Эго как вместилище тревоги, б) тревогу как реакцию Эго и в) роль Эго в *продуцировании* тревоги и его роль в защите и формировании симптомов (1926a, p. 132–142, p. 157–168). Эти проблемы тщательно пересмотрены и прояснены Максом Шуром (Schur, 1953) в работе «Эго в тревоге». Концепцию Фрейда о том, что Эго продуцирует тревогу в качестве сигнала опасности и вызывает защиты, он изменяет следующим образом: «...Эго оценивает опасность и переживает лишь тень тревоги. И это оценивание, и само переживание действуют как сигнал для вызова защит. Не только в ожидании, но и при наличии опасности, или даже в случае, когда ситуация имеет какие-то элементы травматической ситуации, и если реакция тревоги Эго является регрессивной, с повторной соматизацией, это переживание все еще может служить для остального Эго сигналом вызвать резервы для принятия необходимых мер. Эта формулировка никоим образом не изменяет концепцию функции тревоги как стимула адаптации, защиты и формирования симптомов... Эго способно *продуцировать опасность*, а не тревогу. Оно может делать это, манипулируя ситуациями и вовлекая фантазии... Концепция «автоматической» тревоги, исходящей из Ид (например, при сексуальной фрустрации), замещается концепцией оценивания Эго определенных изменений в Ид как опасных и реагирование на них тревогой. Эта формулировка подчеркивает тот факт, что тревога всегда является ответом Эго» (p. 92–93).

2.52. В соответствии с точками фиксации

Все попытки классифицировать сопротивления обязательно будут частично перекрываться. Тем не менее эти классификации необходимо знать как свои пять пальцев, ибо это поможет психоаналитику быть более восприимчивым к типичному материалу Ид, функциям Эго, объектным отношениям или реакциям Супер-Эго, с которыми ему, возможно, придется иметь дело. Позвольте мне привести следующую аналитическую ситуацию как пример

анального сопротивления, которое проявилось на третьем году анализа молодого человека, мистера З., и имело, в сущности, орально-депрессивный невротический характер. Распознание анального качества специфического сопротивления оказалось полезным в выявлении и понимании лежащего в его основе бессознательного материала.

Пациент лежит на кушетке, напряженно вытянувшись. Его кулаки и челюсти сжаты, на щеке выступают напряженные мускулы, лодыжки перекрещены и тоже сжаты, лицо залито краской, глаза пристально смотрят прямо перед собой, он молчит. Через несколько минут он говорит: «У меня депрессия. Даже больше, чем раньше. Я ненавижу себя. Прошлой ночью я беспощадно бил себя... (пауза). И это оправданно. Я не могу продуцировать... (пауза). Я ничего не достиг... Я застрял. Я не хочу работать. Я отказываюсь работать, когда я себя так чувствую... (молчание). Я не хочу говорить... (длительное молчание)».

Слова произносились короткими, обрезанными фразами, разделенными на слоги. Он говорил так, как будто выплевывал слова. Я мог почувствовать по его тону, манере, позе, что он рассержен, даже более того, он язвительно и вызывающе рассержен. Хотя он говорит только о том, что он ненавидит себя, я чувствую, что он рассержен и недоброжелателен по отношению ко мне. Кроме того, я насторожился, когда он сказал: «Я не могу продуцировать. Я застрял». Все это, содержание и отношение, показывает наличие какого-то вида злобной анальной реакции. Я остаюсь спокойным, а затем, после продолжительного молчания, говорю ему: «Кажется, вы ненавидите не только себя, но еще и сердитесь и озлоблены на меня». Пациент ответил: «Я сержусь на себя. Я проснулся в 12:15 и потом уже не мог спать, я то дремал, то просыпался (молчание). Я не хочу работать. Я бы скорее отказался от анализа, чем продолжал его. И вы знаете, я почти могу это сделать, это странно говорить, но почти могу это сделать. Я могу прямо сейчас бросить его и не возобновлять до конца жизни. Я не хочу понимать это. Я не хочу работать».

Снова я подождал, а затем, через какое-то время, сказал: «Но этот вид гнева кое о чем говорит нам. Это больше, чем просто ненависть к себе». Пациент ответил: «Я не хочу разгонять свой гнев. Я чувствую, что сержусь, но не хочу отделаться от этого, хочу удержать это чувство. Я продолжаю это делать весь день, весь такой день, как сегодняшний. Все это ненависть и гнев. Я чувствую отвращение к себе. Я знаю, что вы собираетесь сказать, что это отвращение связано с туалетом, но я не имею в виду отвращение. Я подразумеваю то, что я ненавижу себя, хоть я и использую слово «отвращение». Я думаю об убийстве, о том, чтобы быть повешенным, о том, чтобы быть повешенным на виселице, я вижу себя с веревкой на шее над люком, он открывается, и я падаю, и я жду, когда он откроется, и жду падения,

и жду, когда сломается моя шея. Я могу себя чувствовать, я представляю себя умирающим. Или еще, я представляю себя расстрелянным командой стрелков. Меня всегда уничтожали власти и государство, и всякие организации. У меня был нездоровый интерес к повешению и к тому, чтобы быть повешенным, меня всегда притягивали люки. Более меня притягивало повешение, чем расстрел. При повешении возможно гораздо больше вариантов, и оно гораздо чаще встречается. За все это я ненавижу себя».

И снова наступило молчание, а затем я сказал: «Это не только ненависть и не только по отношению ко мне». На это пациент ответил: «Я не уступлю этому. Я не собираюсь уступать вам. Вы пытаетесь убрать что-то из меня. Я не хочу допускать, что в этом есть какое-то удовольствие. У меня такое ощущение, что вы ненавидите саму мысль о моем удовольствии, а я ненавижу это. Меня бесит все это. Я думаю, что вы в действительности не терпите ничего, что доставляет мне удовольствие. Вы обвиняете меня, вы ужасный, злобный человек, вы нападаете на меня. Я должен выдержать, я должен бороться с вами. Кажется, вы насторожены моим грязным характером, и я должен отрицать это и говорить, что всего этого нет. Я должен согласиться, что ужасно, если бы было так».

В этот момент я сказал: «Да, и вы бьете себя для того, чтобы не дать мне сказать что-нибудь». На это пациент ответил: «Да, и я бы хотел знать, почему повешение, почему люк, что-то есть в этом люке и в «туалетном смущении». Я просто не хочу, чтобы вы сказали это. Я все еще негодую на вас, и я чувствую, что самобичевание — это защита... (пауза). Вы знаете, это смешно, но теперь у меня такое чувство, будто я только что начал анализ, что я, в сущности, неанализирован, и я бы хотел знать, как много это займет времени — впрочем, это все равно».

Я использую этот случай для иллюстрации следующего: то, как именно был рассержен пациент, форма сопротивления — язвительная, анальная злоба — было началом важной части анализа. Мы шли от язвительной злобы к фантазии о повешении, которая затем привела к туалетным фантазиям и обратно, к проекции анальной враждебности на меня. Последующие месяцы анализа открыли много важных исторических детерминант. Ключом ко всему этому, однако, было анальное качество сопротивления, способ, которым он рассердился на той сессии. Осознавая, что злоба и вызывающее поведение типичны для анальной фазы развития либидо, он понял, что ощущение того, что он завяз, не хочет продуцировать, сжимает челюсти, его садистские и мазохистские фантазии избиения, стыд также являются элементами анальной фазы. Это было решающим в работе с сопротивлением на той сессии.

Точно так же, как приведенное выше сопротивление можно отнести к анальной фазе, можно описать фаллические, латентные и юношеские

сопротивления. Ключ может быть найден в инстинктивном характере сопротивления, или в объектных отношениях, или в чертах характера, которые находятся на переднем плане, или посредством специфической формы сопротивления, тревоги или отношения, или при вторжении определенного симптома. Таким образом, в примере, приведенном выше, мы можем перечислить следующее: злобу, вызывающее поведение, упрямство, стыд, садомазохизм, удерживание и утаивание, заметную амбивалентность и навязчивые обвинения — все, что типично для анальной фазы. Это утверждение не означает отрицания существования «неравномерных» или гетерогенных сопротивлений.

Следует подчеркнуть, что форма и тип сопротивления пациента изменяются в ходе анализа. Присутствуют как регрессия, так и прогресс, так что каждый пациент демонстрирует изобилие различных сопротивлений. В случае, приведенном выше, длительный период анализа был посвящен проработке фаллических влечений и тревог, где на переднем плане были связанные с мастурбацией вина, инцестуозные фантазии и кастрационная тревога. Длительный период депрессии и оральных сопротивлений проявился в виде пассивности, интроекций и идентификаций, фантазий самоубийства, скоротечных аддикций, анорексии и булимии, слезливости, фантазий о спасении и т. д.

2.53. В соответствии с типами защиты

Другой продуктивный подход к сопротивлениям состоит в выяснении типа защиты, который сопротивление использует. Например, мы можем различать девять типов защитных механизмов, которые описала Анна Фрейд (1936), и отметить, как сопротивление применяет их для того, чтобы противостоять аналитической процедуре. *Вытеснение* вступает в аналитическую ситуацию, когда пациент «забывает» свое сновидение или время сессии, или его ум оказывается «пустым», в нем отсутствуют переживания, или значимые люди его прошлого стерты из его памяти и т. д.

Изоляция в качестве сопротивления проявляется тогда, когда пациенты отщепляют эмоции и аффекты, вызванные их опытом, от их идеаторного содержания. Они могут описывать события с большим количеством вербальных деталей, но не склонны ни упоминать, ни проявлять какие-либо эмоции. Такие пациенты часто изолируют аналитическую работу от остальной своей жизни. Инсайты, полученные при анализе, не привносятся в их повседневную жизнь. Пациенты, которые используют механизмы изоляции при сопротивлении анализу, часто сохраняют память о травматическом событии, но эмоциональная связь с ним утеряна или смещена. В анализе они будут

использовать свои мыслительные процессы для того, чтобы избежать своих эмоций.

Можно продолжить и перечислить все различные механизмы защит от инстинктивных импульсов и аффектов и описать, как силы сопротивления способны воспользоваться тем или другим и применить их против аналитической процедуры. По этому вопросу читателю следует ознакомиться с базовыми работами по этой теме (Freud A., 1936, p. 45–58; Fenichel, 1945a, Ch. 9). Для наших целей достаточно отметить, что все защитные механизмы Эго могут использоваться в целях сопротивления.

Однако мы видим, что не только простые базовые защиты действуют как сопротивление, мы можем наблюдать, что для этих целей используются более сложные феномены. Намного более важный тип сопротивления, встречающийся в анализе, — это *сопротивление переноса*. Сопротивление переноса, которое является очень сложным феноменом, будет подробно рассматриваться в следующей главе. Здесь я хочу лишь отметить, что сопротивление переноса относится к двум различным группам сопротивлений: (1) к сопротивлению, которое развивается пациентами, имеющими реакции переноса; (2) к тем, которые вырабатывается пациентами для того, чтобы избежать реакции переноса. Концепция переноса связана с сопротивлением, и тем не менее реакции переноса не должны пониматься только как сопротивление. Я отложу наше дальнейшее обсуждение сопротивления переноса до тех пор, пока мы не проясним наше понимание природы переноса.

Отыгрывание вовне — еще один особый маневр сопротивления, который заслуживает отдельного рассмотрения. Здесь мы снова имеем дело с явлением, которое всегда выполняет функции сопротивления в анализе и является довольно сложным по своему значению. Отыгрывание вовне включает в себя важные элементы Ид и Супер-Эго, так же как и функции Эго. Мы определяем отыгрывание вовне как разыгрывание (enactment) событий прошлого в настоящем, что является слабо измененной версией прошлого, но что кажется пациенту согласованным, рациональным и Эго-синтонным. С отыгрываниями вовне в анализе можно столкнуться практически у каждого пациента, а у заторможенных пациентов это может быть даже хорошим знаком. Некоторые пациенты, однако, склонны повторять и продлевать отыгрывание вовне, что делает трудным, если вообще возможным, их анализ. Доступность анализу зависит, в частности, от способности Эго в достаточной степени связывать стимулы, что позволяет пациенту выразить свои импульсы в словах и чувствах. Пациенты, которые имеют тенденцию разряжать свои невротические импульсы в действии, представляют собой особую проблему для анализа. Проблема опознания и обращение с отыгрыванием вовне будет обсуждаться в разделе 3.84 и во втором томе. Читатель может более подробно ознакомиться с этим предметом по основным работам (Freud, 1905c, 1914c; Fenichel, 1945b; Greenacre, 1950).

Сопротивление характера является другим сложным и чрезвычайно важным типом защиты, который заслуживает специального упоминания (Reich W., 1928, 1929). На вопрос о том, что же такое характер, нелегко ответить. Для наших целей я упрощу ответ и скажу, что под характером мы будем понимать привычный способ обращения индивида с внутренним и внешним миром. Это стабильно организованная и интегрированная позиция и состояние Эго по отношению к требованиям, предъявляемым к нему. В сущности, характер состоит из привычек и установок. Некоторые из них — главным образом защитные, другие — инстинктивные. Некоторые — компромиссные. Такая черта характера, как чистоплотность, может быть понята как защита, реактивное образование против приятной запачканности. Но мы также можем видеть, что неряшливость как черта характера не является реактивным образованием, а выражением приятной запачканности.

Сопротивление характера происходит из защит характера. Они представляют собой особую проблему для психоаналитической техники, так как они привычны, ригидно фиксированы и обычно Эго-синтонны. Гловер (Glover, 1955) называет их молчаливыми сопротивлениями. Вообще говоря, пациент живет в мире со своими защитами характера и даже одобряет их, поскольку в обыденном обществе они часто расцениваются как добродетели. Специальные технические меры, которых требуют сопротивления характера, будут описаны позже в разделе 3.8. В.Райх (Reich W., 1928, 1929), А.Фрейд (Ereud A., 1936) и Фенихель (Fenichel, 1941) более полно рассматривают природу характера и сопротивлений характера.

Следует отметить *покрывающие защиты,* которые могут быть использованы для целей сопротивления. Некоторые пациенты имеют тенденцию широко применять покрывающие воспоминания, покрывающие аффекты и покрывающую идентичность для того, чтобы отвратить лежащее в основе более болезненное воспоминание, аффект или идентичность. Это защитное образование также является сложным психическим явлением и содержит как важные удовлетворения, так и защиты (Greenson, 1958a).

2.54. В соответствии с диагностической категорией

Клинический опыт показывает, что пациенты, относящиеся к той или иной диагностической группе, будут использовать специфические для этой группы типы защит и, следовательно, в ходе анализа будут преобладать те или иные специфические сопротивления. Однако в любом анализе проявляется

много различных форм сопротивления. Те клинические группы, которые мы описываем, редко представлены в чистой форме; большинство пациентов имеют некоторую смесь различных патологий, помимо того основного диагноза, который мы им ставим. Далее, в ходе анализа мы видим временный регресс и прогресс, что усложняет клиническую картину и распознавание типа сопротивления.

> Примером этого служит случай мистера З., который я использовал для иллюстрации анального сопротивления (раздел 2.52). Пациент имел орально-депрессивное невротическое расстройство характера. Однако в детстве он получил некоторую анальную травматизацию, и поэтому он действительно переживал период анальной злобы, ненависти и ярости в той фазе анализа, которую я описал. Непосредственно до того периода его ненависть была тщательно изолирована и ограничивалась конкретными женскими объектами любви в его внешнем мире. Во время пика анальной злобы он сместил и спроецировал свой гнев и ненависть на меня.

Если мы сделаем краткий обзор типичных неврозов переноса, которые мы лечим аналитически, я полагаю, мы найдем, что в них преобладают следующие сопротивления:

Истерия: вытесненные и изолированные реактивные образования. Регрессия к фаллическим характеристикам. Эмоциональность, соматизации, конверсии, генитализации. Идентификации с утраченными объектами любви и объектами, вызывающими чувство вины.

Неврозы навязчивости: изоляция, уничтожение сделанного, проекции и тяжелые реактивные образования. Регрессия к анальности с реактивным образованием таких черт характера, как аккуратность, чистоплотность и скупость, которые становятся важными сопротивлениями. Интеллектуализация как сопротивление чувствам. Магическое мышление, всемогущество мысли, умственная жвачка. Интернализация враждебности и садистические реакции Супер-Эго.

Невротические депрессии: интроекции, идентификации, отыгрывание вовне, импульсивность и покрывающая защита. Оральная и фаллическая инстинктивность регрессивно искажены. Эмоциональность, контрфобическое поведение и установки, склонность к аддикциям и мазохизм.

Неврозы характера: в зависимости от того, носят ли они в основном истерический, навязчивый или депрессивный характер, их можно было бы описать как ригидные, Эго-синтонные, «молчащие» привычки, черты и установки (Freud, 1908; Abraham, 1924; W. Reich, 1928, 1929; Freud A., 1936, Ch.VIII; Fenichel, 1945a, Ch. IX).

2.55. Практическая классификация

Все классификации, описанные выше, имеют свои достоинства и недостатки. Клинический опыт, однако, говорит, что мне следует указать еще на один подход, который, по существу, является практическим. Я нахожу полезным отличать чуждые Эго сопротивления от Эго-синтонных. Сопротивления, чуждые Эго, представляются чужеродными, посторонними и странными разумному Эго пациента. Как следствие этого, такие сопротивления относительно легко узнавать и работать с ними. Пациент будет готов формировать рабочий альянс с аналитиком в его попытке анализировать такое сопротивление.

Следующий пример является типичным. Пациентка рассказывала быстро, почти запыхавшись, и я уловил дрожание в ее голосе. Она, казалось, отчаянно старается заполнить каждый момент аналитической сессии. Не было ни пауз, ни моментов рефлексии, а только излияние бессвязных фрагментов воспоминаний. В предварительных интервью у меня было совершенно определенное ощущение, что эта молодая женщина является невротически-депрессивной личностью. Не было свидетельств психотического или пограничного состояния. Я также знал, что она проходила анализ у уважаемого аналитика из другого города, который считал ее доступной анализу.

Я прервал пациентку и сказал, что она кажется испуганной и пытается заполнить каждую секунду сессии, словно боится замолчать хоть на мгновение. Пациентка ответила: она боится, что я буду критиковать ее за то, что у нее есть сопротивления, если она замолчит. Я с любопытством спросил: «Критиковать вас за сопротивления?» В ответ на это молодая женщина рассказала мне, что ей казалось, что ее предыдущий аналитик действовал так, как будто это был ее недостаток — иметь сопротивление. Он казался очень строгим, не одобряющим, и она чувствовала, что он считает ее совершенно недостойной психоанализа. Это напомнило ей об отце, который был очень темпераментным мужчиной и часто кричал на нее, когда она была ребенком, и называл ее «чертовым отродьем».

Я полагаю, что приведенный выше пример демонстрирует чуждое Эго сопротивление. Он также показывает легкость, с которой образуется рабочий альянс с пациентом при анализировании такого сопротивления.

Давайте сравним эту ситуацию с Эго-синтонными сопротивлениями. Они характеризуются тем, что ощущаются как знакомые, разумные и целесообразные. Пациент действительно не чувствует их функцию сопротивления даже при внимательном рассмотрении. Такие сопротивления, следовательно,

труднее опознать аналитику, и пациенту труднее заключить рабочий альянс по отношению к ним. Такие сопротивления являются обычно хорошо укоренившимися, привычными паттернами поведения, чертами характера, иногда социальной ценностью для пациента. Реактивные образования, отыгрывание вовне, сопротивления характера, контрфобические установки и покрывающие защиты относятся к этой категории.

Приведу простой пример. Пациент приходил на аналитические сессии на две-пять минут раньше в продолжение двух лет анализа. В разное время я пытался привлечь его внимание к этой ригидности, но он никогда не видел в этом проблемы или чего-то, достойного анализа. Он допускал, что он пунктуален, но считал это достоинством, проявлением самодисциплины и характера. Я не настаивал на анализе этой черты, работал над другими аспектами его невроза, которые казались более податливыми.

В конце одной из сессий я сказал пациенту, что опоздаю примерно на десять минут на нашу следующую встречу, так как приду из университета. Пациент ничего не сказал. На следующей сессии он казался очень ажитированным. Он сказал мне, что был в ярости из-за того, что я опоздал, хотя и был предупрежден. Он обвинил меня в том, что я преднамеренно мучил его, поскольку я должен был знать, как он ненавидит опоздания (он никогда не упоминал об этом раньше). Он хотел сам прийти позже, но почувствовал непреодолимой силы побуждение прийти на свои «обычные» три минуты раньше. В комнате для ожидания он не мог сидеть спокойно. Он попытался уйти из офиса, но был остановлен мыслью, что если он «врежется» в меня в холле, я могу подумать, что он идет в туалет. Это была невыносимая мысль. У него не было никакого намерения идти в туалет, ни в коем случае. Даже если бы у него было желание пойти, он бы не уступил ему, потому что страшился возможности встретить меня там «лицом к лицу». В действительности мысль, пришедшая ему сейчас, состояла в том, что он пришел раньше для того, чтобы воспользоваться туалетом без риска «столкновения» со мной. Он бы скорее умер, чем допустил, чтобы его «застукали со спущенными брюками».

После этой вспышки пациент замолчал. Я не говорил ничего. Он продолжил печальным тоном: «Я внезапно осознал, что у меня новая фобия — страх встретить вас в туалете». Я мягко добавил, что это открытие было новым, а страх был все время. Он скрывался за его пунктуальностью.

Я полагаю, что этот клинический пример иллюстрирует проблемы анализирования Эго-синтонных сопротивлений. Они требуют дополнительной работы по сравнению с чуждыми Эго сопротивлениями. В действительности они должны сделаться чуждыми Эго пациента до того, как будет завершен

эффективный анализ. Другими словами, нашей первоочередной задачей будет помочь пациенту упрочить его разумное Эго по отношению к этому специфическому сопротивлению. Только если это будет сделано, сопротивление проявится как чуждое Эго. Потом уже можно надеяться получить историю данного специфического сопротивления и анализировать его. Когда пациент сможет понять исторические причины происхождения защитного сопротивления, он будет в состоянии различать свою прошлую необходимость в защите и неуместность этой защиты в настоящем.

Как правило, в начале анализа работают с чуждыми Эго сопротивлениями. Только после того, как пациент будет в состоянии сформировать реальный рабочий альянс, становится возможным начать поиски и работу над Эго-синтонными сопротивлениями. Эти сопротивления присутствуют с самого начала, но бессмысленно предпринимать что-то против них, пока пациент будет либо отрицать их значимость, либо будет только на словах пытаться анализировать их. Следует завершить определенную предварительную работу с чуждыми Эго сопротивлениями и достичь надежного рабочего альянса до того, как анализировать Эго-синтонные сопротивления.

Этот вопрос будет снова поднят в разделе 2.6. Читателю следует сравнить мнения В. Райха (Reich W., 1928, 1929), А. Фрейд (Freud A., 1936), Фенихеля (Fenichel, 1941) и Штербы (Sterba, 1951) по этому вопросу.

2.6. Техника анализирования сопротивления

2.61. Предварительные замечания

Перед тем как продолжать обсуждение технических проблем, следует осветить некоторые фундаментальные вопросы. Психоанализ как техника появился на свет тогда, когда сопротивления стали анализироваться, а не избегаться или преодолеваться различными путями. Нельзя определить психоаналитическую технику, не включив концепцию последовательного и тщательного анализа сопротивления. Важно напомнить о тесной взаимосвязи между сопротивлениями, защитой, функциями Эго и объектными отношениями.

Сопротивление понимается не только как противодействие ходу анализа, хотя в этом состоит наиболее непосредственное и очевидное его проявление. Изучение сопротивлений пациента проливает свет на многие основные функции Эго, так же как и на его проблемы в отношении к объектам. Например, отсутствие сопротивлений может показывать, что мы имеем дело с психотическим процессом. Внезапная вспышка брани и непристойностей в поведении обычно чопорной домохозяйки может быть таким проявлением. Кроме того, анализ сопротивлений также проясняет, как на различные функции Эго интраструктурно влияют Ид, Супер-Эго и внешний мир. Помимо этого, сопротивления терапевтическим процедурам повторяют невротический конфликт между различными психическими структурами. В результате аналитическая ситуация дает терапевту возможность непосредственно, на кушетке, наблюдать компромиссные образования, которые аналогичны симптомам. Постоянно меняющиеся взаимоотношения между силами сопротивления, с одной стороны, и стремлением к коммуникации — с другой, наиболее отчетливо видны при попытке пациента свободно ассоциировать. Это одна из причин, почему свободная ассоциация рассматривается как основной инструмент коммуникации в психоаналитической процедуре.

Термин «анализирование» — сжатое определение многих технических процедур, которые способствуют пониманию пациента (см. раздел 1.32). По меньшей мере четыре различные процедуры включаются или подразумеваются под понятием «анализирование»: *конфронтация, прояснение, интерпретация* и *проработка*.

Интерпретация — самый важный инструмент психоаналитической техники. Любая другая аналитическая процедура является подготовкой для интерпретации, расширяет ее либо делает ее эффективной. Интерпретировать означает делать бессознательные или предсознательные психические события сознательными. Это означает, что разумное и сознательное Эго осознает то, что было забыто. Мы приписываем значение и причинность психическому феномену. С помощью интерпретации мы заставляем пациента осознать историю, источник, форму, причину или значение данного психического события. Это обычно требует более чем одного вмешательства. При интерпретации аналитик использует свое собственное сознание, эмпатию, интуицию, фантазию так же, как свой интеллект и теоретические знания. Путем интерпретации мы выходим за пределы того, что легко понять и наблюдать с помощью обычного сознательного, логического мышления. Отклик пациента необходим для того, чтобы определить, является ли интерпретация обоснованной или же нет (Bibring E., 1954; Fenichel, 1941; Kris, 1951).

Для эффективного вовлечения Эго пациента в эту психологическую работу существует необходимое условие: то, что интерпретируется, должно быть сначала продемонстрировано и прояснено. Например, для того чтобы

демонстрировать сопротивление, пациент сначала должен быть осведомлен о том, что сопротивление работает. Сопротивление должно быть продемонстрировано и пациент должен быть конфронтирован с ним. Затем конкретная разновидность или отдельная деталь сопротивления должна быть помещена в четкий фокус.

Конфронтация и *прояснение* — необходимые дополнения к интерпретации и должны рассматриваться именно так с тех пор, как наши знания о функциях Эго увеличились (Bibring E., 1954, p. 763). Иногда пациент не нуждается в конфронтации, прояснении или интерпретации со стороны аналитика, поскольку сам в состоянии сделать все это. Иногда все три процедуры происходят почти одновременно, или вспышка инсайта может предшествовать конфронтации и прояснению.

Проработка относится, в сущности, к повторению и развитию интерпретаций, которые ведут пациента от первоначального инсайта о конкретном явлении к длительным изменениям в реакции или поведении (Greenson, 1965b).

Проработка делает интерпретацию эффективной. Таким образом, конфронтация и прояснение подготавливают интерпретации, а проработка довершает аналитическую работу. При этом именно интерпретация является центральным и основным инструментом психоанализа.

2.611. ДИНАМИКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Терапевтическая ситуация мобилизует конфликтующие тенденции внутри пациента. До того как мы попытаемся анализировать сопротивления, было бы полезно рассмотреть расстановку сил у пациента (см. Freud, 1913b, p. 142–144). Я начну с перечисления тех *сил, которые находятся на стороне психоаналитика*, психоаналитических процессов и процедур.

(1) Невротическое страдание пациента, которое принуждает его работать в анализе вне зависимости от того, насколько оно болезненно. (2) Сознательное рациональное Эго пациента, которое удерживает во внимании дальние цели и понимает основную причину терапии. (3) Вытесненное Ид и его производные; все эти силы пациента стремятся к разрядке и имеют тенденцию появляться в продукции пациента. (4) Рабочий альянс, который дает возможность пациенту кооперироваться с психоаналитиком, несмотря на одновременное существование оппозиционных чувств переноса. (5) Деинстинктуализированный позитивный перенос, который позволяет пациенту переоценивать компетенцию аналитика. На основании немногочисленных данных пациент будет считать аналитика экспертом. Инстинктивный позитивный перенос также может побуждать пациента работать какое-то время, но значительно менее надежно, и его просто

превратить в противоположность. (6) Рациональное Супер-Эго, которое побуждает пациента выполнять его обязанности и обязательства. «Контракт» по Меннингеру и «договор» по Гительсону отражают сходные идеи (Menninger, 1958, p. 14). (7) Любопытство и желание самопознания мотивируют пациента исследовать и открывать себя. (8) Желание профессионального продвижения и другие виды амбиций. (9) Иррациональные факторы, такие, как чувство соперничества по отношению к другим пациентам, окупаемость денег, необходимость искупления вины и исповеди, все это временные и ненадежные союзники психоаналитика.

Все силы, перечисленные выше, побуждают пациента работать в аналитической ситуации. Они различаются по ценности и эффективности и изменяются в ходе лечения. Это станет более ясным во время обсуждения различных клинических проблем в следующих частях.

Силы внутри пациента, противостоящие аналитическим процессам и процедурам, могут быть классифицированы следующим образом: (1) Защитные маневры бессознательного Эго, которые заготавливают модели для сопротивления. (2) Страх изменения и поиск безопасности, которые побуждают инфантильное Эго цепляться за знакомые невротические паттерны. (3) Иррациональное Супер-Эго, которое требует страдания для того, чтобы искупить бессознательную вину. (4) Враждебный перенос, который мотивирует пациента расстраивать планы психоаналитика. (5) Сексуальный и романтический переносы, которые ведут к ревности и фрустрации и, в конце концов, к враждебному переносу. (6) Мазохистские и садистские импульсы, которые толкают пациента к различным болезненным удовольствиям. (7) Импульсивность и отыгрывание вовне, которые приносят пациенту быстрое достижение удовлетворения без понимания. (8) Вторичные выгоды от невротического заболевания, которые соблазняют пациента оставаться верным своему неврозу.

Это те силы, которые аналитическая ситуация мобилизует в пациенте. Слушая пациента, полезно держать в уме это довольно простое разделение сил. Многие пункты, перечисленные выше, будут обсуждаться более подробно в следующих разделах книги.

2.612. КАК АНАЛИТИК СЛУШАЕТ

Возможно, покажется ненужным педантичное описание того, как психоаналитику следует слушать. Однако клинический опыт учит нас: то, как аналитик слушает, характеризует этот столь уникальный и сложный процесс, как и свободное ассоциирование пациента. Этот вопрос будет рассматриваться более глубоко в разделах 4.211, 4.212, 4.221, 4.222. Здесь же представлен лишь его набросок.

Аналитик слушает, держа в уме три цели: (1) Перевести продукции пациента на язык их бессознательных содержаний. Другими словами, должны быть установлены связи мыслей, фантазий, чувств, поведения и импульсов пациента с их бессознательными «предшественниками». (2) Бессознательные элементы должны быть синтезированы в значимые инсайты. Фрагменты прошлой и настоящей истории, сознательные и бессознательные, должны быть связаны так, чтобы создавалось ощущение непрерывности и согласованности с точки зрения жизни пациента в целом. (3) Полученные таким образом инсайты должны быть доступны для пациента. То есть, слушая, следует устанавливать, какой раскрытый материал будет конструктивно использован пациентом.

Как показывает клинический опыт, существует несколько основных линий достижения этих различных целей (Freud, 1912b, p. 111—117). (1) Аналитик слушает с равномерно распределенным, парящим, свободноплавающим вниманием. Он не делает сознательной попытки запомнить. Аналитик запомнит значимые данные, если уделит им внимание и если пациент не возбудит у него собственные реакции переноса. Неизбирательное, ненаправленное внимание позволит исключить его собственные пристрастия и позволит аналитику следовать за пациентом. Благодаря равномерно распределенному, свободноплавающему вниманию аналитик может переходить от одного к другому, соотносить материал пациента со своими свободными ассоциациями, эмпатией, интуицией, интроспекцией, теоретическими знаниями, обдумыванием проблем и т. д. (Ferenczi, 1928b; Sharpe, 1930, Ch. II).

Всех действий, которые мешают этому переходу, нужно избегать. Аналитику не следует ничего записывать, если это затрудняет свободное слушание. Дословные записи, безусловно, противопоказаны, поскольку их использование искажает главную цель аналитика. Аналитик является, в первую очередь, тем, кто понимает и передает инсайт. Он не записывающее устройство и не собиратель получаемых данных (Berezin, 1957). Для того чтобы слушать эффективно, аналитик должен обращать внимание на свои эмоциональные отклики, поскольку они часто дают важные ключи. Кроме того, аналитик должен быть бдителен к собственному переносу и реакциям сопротивления, так как они могут мешать или помогать его пониманию продукции пациента.

Аналитическая ситуация — это, в сущности, терапевтическая ситуация. Аналитик должен направлять понимание и осознание на терапевтические цели. Он слушает для того, чтобы достичь инсайта, причем он слушает с позиции «свободноплавающего» внимания, со сдерживаемыми эмоциональными ответами, с сочувствием и с терпением. Все другие научные устремления должны быть отодвинуты в сторону, если аналитик хочет выполнить свои сложные задачи эффективно.

2.62. Распознавание сопротивления

Первая задача аналитика заключается в том, чтобы распознать наличие сопротивления. Это может быть просто, когда сопротивление очевидно, как в клиническом примере, приведенном в разделе 2.2. Или более трудно, когда сопротивление неявное, сложное, неопределенное или Эго-синтонное для пациента. В последнем случае пациент может усложнять нашу задачу, пытаясь скрыть тот факт, что он бежит от чего-то. Или может быть трудно выяснить ситуацию потому, что материал пациента содержит смесь какого-то имеющего значение бессознательного содержания Ид и сопротивления. Интеллектуальное наблюдение за пациентом должно быть дополнено эмпатией аналитика для того, чтобы выявить эти неявные сопротивления. Клинический опыт и психоаналитическая работа под супервизией опытного психоаналитика — лучший путь для обучения распознаванию этих сложных проявлений сопротивлений. Тем не менее я бы хотел проиллюстрировать проблему выявления сопротивлений клиническим примером для того, чтобы сделать некоторые технические замечания.

> Тридцатидвухлетний образованный мужчина, который проходил анализ в течение полугода, в понедельник в начале сессии сказал мне, что он устал, у него болит голова, он чувствует раздражение, но не может ни с чем связать это. Уикенд был скучным и даже немного депрессивным. Его дочь намочила постель впервые за несколько месяцев, у сына был рецидив ушной инфекции. Пациент также часто мочился в постель, когда был мальчиком, и он привел воспоминание, как мать унижала его за это. Дочери не приходилось страдать от того, от чего приходилось страдать ему. Его жена — гораздо более тактичная нянька, чем была его мать. Конечно, эти обязанности ей в тягость, и он не мог порицать свою жену за усталость. Тем не менее она охотно занималась сексом и даже себе в ущерб делала те вещи, которые ему нравились. Она вызывалась сосать пенис и делала это, но не особенно хорошо. Быть может, то, что он отдает предпочтение сосанию пениса, является признаком гомосексуальности. Это пришло ему в голову на сессии в пятницу, как он полагает. Да, мы разговаривали о его интересе к сравнению размеров своего пениса с пенисами других мужчин. Эта мысль изводила его, когда он встречался с другими женщинами. Не предпочитали ли они других мужчин, у которых пенис больше, чем у него? У сына пенис, кажется, «хорошо подвешен», может быть, у него не будет тех сексуальных проблем, которые мучают пациента. Кто-то однажды сказал: «Анатомия — это судьба». Он никогда не верил аксиомам и всегда презирал религию.

Приведенный выше разговор занял почти сорок минут сессии. Слушая, я слышал депрессивный и сердитый оттенок, и материал, казалось, соответствовал этому настроению. Уикенд был скучным, дочь — мокрой, сын — больным, жена только сносно удовлетворяла его сексуальное желание, у других мужчин пенис большего размера, и судьба немилостива к нему. Следуя за ним в его ассоциациях, в разные моменты сессии я ждал вспышки какого-то нижележащего гневного или депрессивного импульса и не вмешивался. Но этого не произошло. Мне казалось, что пациент борется с какими-то сильными латентными эмоциями, но его материал указывал на слишком большое число значимых возможностей.

Был ли он зол на свою мать, судьбу, свою жену или же все это относилось ко мне? Чувствовал ли он себя в большей степени сердитым, чем огорченным или подавленным? Я не знал наверняка, какое нижележащее содержание, ищущее разрядки, было самым важным и всплывет ли оно, или сопротивления устоят. Поэтому я предоставил ему идти далее почти до самого конца сессии. В конце я решил вмешаться, потому что, несмотря на наличие некоторых бессознательных производных, казалось, что сопротивление уже достаточно велико, а разумное Эго доступно для интерпретации.

Я сказал ему: «Вы чувствуете, что ваша мать, ваша жена, ваши дети, ваша судьба дурно обращаются с вами. В том, что вы говорите, слегка звучит депрессия и злоба, но вы сдерживаете свои чувства». Пациент едва дождался, когда я закончу, и буквально выпалил: «Да, и даже больше того. Когда вы говорили, я испытывал отвращение и бешенство от вашего слащавого тона. Затем я вспомнил, что перед сессией в пятницу я был вне себя из-за того, что вы заставили меня ждать себя, отдавая часть моего времени хорошенькой женщине. Я полагаю, что не сказал об этом в тот раз, но знаю, что думал об этом, когда ушел. Когда я ехал домой на машине, я неправильно сделал поворот и почти врезался в другую машину. В ту ночь, засыпая, я испытал своеобразное ощущение в руках, казалось, они были парализованы. Тогда мне пришла в голову мысль, что мне следует убить кого-нибудь, если я хочу улучшения. Может быть, у меня будет вспышка раздражения прямо в вашем присутствии. Иногда у меня бывает такое чувство, что я бы полюбил скручивать шеи всем вам, хорошим, добрым людям. Вы даже более лицемерны, чем я сам. По меньшей мере, у меня хватает честности иметь симптомы».

Я полагаю, ответ пациента показывает, что я был прав, когда распознал присутствие сопротивления и отметил это. Я мог бы вмешаться раньше и попытаться заняться той или иной темой, которую он предоставил. Например, я мог попытаться выяснить, как мать унижала его, или обсудить его страх гомосексуальности, который проявился уже на сессии в пятницу, или его

негодование на судьбу за обман. Но у меня было такое чувство, что он парит над какими-то эмоциями и влечениями, которые хотят прорваться. И поэтому я решил сосредоточиться на этой борьбе, битве между бессознательными импульсами, ищущими разрядки, и сопротивлениями, противостоящими им. Именно эта борьба наиболее ясно проявилась в его свободных ассоциациях. Наша задача более проста, когда то или другое отчетливо превалирует, как это было в клиническом примере в разделе 2.2, или как это бывает во время так называемых «хороших сессий», когда производные становятся все менее и менее искаженными. При выслушивании пациента нашей первой обязанностью является определить, доминируют ли бессознательные производные, то есть «содержание», или силы сопротивления, или же мы находимся в тупике.

Это ведет к следующему вопросу: как распознать сопротивление, когда материал не столь очевиден. Ответ основывается на нашем понимании свободной ассоциации и возможности, которые она предоставляет в анализе пациенту. Когда мы просим пациента позволить мыслям прийти на ум и затем рассказать их без обычной социальной цензуры, мы пытаемся исключить сознательные сопротивления. Результат выявляет борьбу между более бессознательными сопротивлениями и бессознательными производными Ид, пытающимися достичь разрядки. Фенихель (Fenichel, 1941, p. 34) использует аналогию с высвобождением стрелки компаса и наблюдением за ее колебаниями. Существует два признака возможного нарушения: стрелка не останавливается, а продолжает колебаться, или она останавливается слишком быстро. В первом случае постоянного колебания стрелки пациент рассказывает о гетерогенном материале, который не локализуется вокруг какого-либо бессознательного импульса или какого-то общего знаменателя, ищущего выражения. Локализация была бы, если бы не работали определенные сопротивления. Во втором случае, соответствующем слишком резкой и быстрой остановке стрелки компаса, мы можем допустить, что у пациента есть осознанная программа, и он пропускает случайные мысли, которые должны возникать, если его ассоциирование осуществляется относительно свободно.

Я нахожу полезным спрашивать себя, когда слушаю пациента: движется ли он в сторону того, что является бессознательно значимым, или прочь от него? Углубляется ли материал или лежит в одной плоскости? Добавляет ли пациент что-то значимое или заполняет сессию пустословием? Если кажется, что он уходит от чего-то, я жду, пока это не прояснится, затем выявляю это как сопротивление и приступаю к работе над ним. Иногда я так и остаюсь в неопределенности. Обычно в конце такой сессии я говорю пациенту, что мне неясно, что происходит.

2.63. Конфронтация: демонстрация сопротивления

Первый шаг основной процедуры при анализировании сопротивления посвящен описанию того, что аналитик должен сделать до того, как он сможет работать с пациентом над сопротивлением. Последующие пункты представляют собой шаги, которые аналитик пытается осуществить совместно с пациентом. Коротко говоря, наша задача состоит в том, чтобы дать понять пациенту, *что* он сопротивляется, *почему* он сопротивляется, *чему* он сопротивляется и *как* он сопротивляется.

Демонстрирование сопротивления может быть относительно простым или даже необязательным, если сопротивление очевидно для пациента. Иначе, если пациент не осознает сопротивления, необходимо конфронтировать его с тем фактом, что сопротивление присутствует, до того, как мы попытаемся предпринять что-нибудь. Способность пациента распознавать сопротивление будет зависеть от двух моментов: состояния его разумного Эго и очевидности сопротивления. Довольно разумное Эго будет обращать внимание на малейшее сопротивление, а недостаточно разумное Эго будет требовать несметного числа признаков сопротивления. Наша задача состоит в оценке статуса разумного Эго пациента путем наблюдения и эмпатии для определения того, насколько ясным должны быть доказательства сопротивления, чтобы пациент распознал его как таковое. Конфронтацию следует применять только тогда, когда ясно, что она будет значима для пациента и когда ему не удастся отрицать или преуменьшить ее обоснованность. Преждевременная демонстрация сопротивления — это потеря не только времени, но и материала, который мог быть более эффективно использован позже. Вне зависимости от того, насколько ясными могут казаться доказательства сопротивления, решающим фактором является то, будет ли эта конфронтация иметь смысл для пациента. Позвольте мне проиллюстрировать это простым примером:

> В начальной стадии анализа пациентка пришла на сессию на несколько минут позже, и, задыхаясь, объяснила, что с трудом нашла место, чтобы припарковать машину. Показывать пациентке, что это сопротивление, в тот момент было бы ошибкой. Прежде всего, вы можете ошибаться, а ваше вмешательство отвлечет пациентку от истинного содержания, которое она готова передать. Более того, используя спорный пример, который пациентка с успехом может отрицать, вы потеряете потенциально ценную возможность. Если же вы молча подождете и если ваша мысль правильна, за этим небольшим сопротивлением последуют другие. Пациентка, которую я описываю, замолкала несколько раз во время сессии. Затем она сказала, что забы-

ла сон, приснившийся ей предыдущей ночью. Снова молчание. Мое молчание давало возможность ее сопротивлению расти, что увеличивало вероятность того, что она будет не в состоянии отрицать мою позднейшую конфронтацию.

Для того чтобы увеличить демонстрируемость сопротивления, следует позволить сопротивлению развиться. Для этого ваше молчание является лучшим методом. Но время от времени можно использовать другую технику для увеличения сопротивления и его демонстрируемости. И снова я могу проиллюстрировать это с помощью клинического примера:

Молодой человек, мистер С., начал одну из первых сессий такими словами: «Вы знаете, у меня был довольно успешный супружеский опыт с женой прошлой ночью. Это принесло большое удовлетворение обеим сторонам». Затем он очень сдержанно рассказал о том, как он наслаждается, «занимаясь любовью» со своей женой, а потом стал говорить о довольно безобидных вещах. В этот момент я вмешался и сказал: «Вы заметили ранее, что вы наслаждались «супружеским опытом» прошлой ночью. Объясните, пожалуйста, что вы имеете в виду под «супружеским опытом». Пациент поколебался, покраснел, затем, запинаясь, начал объяснять, остановился и произнес: «Я думаю, вы хотите, чтобы я говорил более определенно...», и снова пауза. Тогда я сказал: «Вы кажетесь робким, когда речь заходит о сексуальных вопросах». Остаток сессии пациент провел, описывая свои затруднения при разговоре о сексе. Теперь он начал работать над своими сопротивлениями.

Для меня было очевидно, что пациент имел большое нежелание говорить о своем «супружеском опыте» и, более того, он пытался незаметно обойти это, заговорив потом о тривиальном. Я придал большое значение его нежеланию, попросив его проработать именно эту часть его материала. Тогда признание существования сопротивления стало неизбежным, и мы приступили к работе над его сопротивлением разговору о сексе, что было самой важной темой на той сессии.

Эти два примера служат иллюстрацией двух методов облегчения демонстрации сопротивления путем увеличения сопротивления: молчание аналитика и его просьба более развернуто рассказать о моменте сопротивления. Эти методы делают сопротивление более ярким и позволяют разумному Эго пациента распознать его. Когда аналитик просит пациента заметить, что он, кажется, неохотно говорит о сексуальных вопросах, он тем самым сдвигает конфликтную ситуацию для пациента, как бы говоря: «Не рассказывайте о сексе, но расскажите о ваших затруднениях при разговоре о сексе». Сначала мы должны анализировать его сопротивление разговору о сексе, прежде чем сможем

эффективно анализировать его сексуальные проблемы. Более того, он не сможет дать ясную картину своих сексуальных проблем, пока не начнет продуктивно говорить на эту тему.

Другой техникой помощи пациенту в распознавании присутствия сил сопротивления является указание на все клинические данные, свидетельствующие об этом. В случае леди, которая пришла на несколько минут позже на сессию, потому что не могла найти место для парковки машины, я ждал до появления, по меньшей мере, еще двух признаков сопротивления. Затем я вмешался, сказав: «Кажется, вы избегаете чего-то. Вы немного опоздали, затем замолчали, и теперь вы говорите, что забыли свое сновидение». Теперь сама пациентка убедилась, что она бежит от чего-то. Если бы я вмешался при первом небольшом признаке сопротивления, она бы отделалась рационализацией. Следует отметить, что я просто показал, что именно привело меня к заключению, что она сопротивляется. Я не настаивал на том, что она сопротивляется. Я высказал это как предположение. Если бы она стала отрицать это, я бы не стал убеждать ее, основываясь на клинических данных. Я бы молчал и наблюдал, не пытается ли она теперь прикрыть сопротивление, или же оно будет вторгаться даже более явно. Аналитик может показывать что-то только разумному Эго — он вынужден ждать до того момента, когда разумное Эго проявится, или пока доказательства не станут настолько непреодолимыми, что даже слабое разумное Эго пациента будет вынуждено признать сопротивление.

2.64. Прояснение сопротивления

Давайте продолжим рассмотрение процедур, используемых при анализировании сопротивления. Мы заставили пациента осознать, что у него есть сопротивление. Что мы делаем дальше? Существует три возможности, которые мы можем теперь рассмотреть: (1) Почему пациент избегает? (2) Чего пациент избегает? (3) Как пациент избегает? Первые два вопроса — почему и чего пациент избегает — могут рассматриваться вместе как мотив сопротивления. Вопрос о том, как пациент избегает, относится скорее к форме или способу сопротивления. Все равно, с чего мы начнем: с мотива или формы сопротивления. В любом случае анализ будет продолжен путем *прояснения* исследуемого вопроса. Нам следует попытаться сфокусироваться на том психическом процессе, который мы пытаемся анализировать. Нам следует тщательно выделить и изолировать конкретный мотив или форму сопротивления, которое мы пытаемся исследовать. Значимые детали следует найти и тщательно отделить от посторонних.

Я начну с прояснения мотива сопротивления, потому что, при прочих равных условиях, такой подход более продуктивен и предпочтителен, нежели прояснение формы сопротивления. Только когда мы чувствуем, что способ сопротивления поразителен или необычен, нам следует приступить к этому вопросу в первую очередь. Или, если мы уже догадываемся, исходя из материала, почему и отчего бежит пациент, мы исследуем метод, которым он пользуется.

Вопрос: «Почему пациент сопротивляется?» — может быть редуцирован до вопроса: «Какого болезненного аффекта он старается избежать?» Ответ на этот вопрос обычно ближе к сознанию, чем на вопрос: «Какие инстинктивные импульсы или травматические воспоминания лежат за болезненным аффектом?» Как было сказано ранее, непосредственным мотивом для защиты и сопротивления является избегание боли, то есть болезненного аффекта. Сопротивлением пациент пытается отвратить такие болезненные эмоции, как тревога, вина, стыд, депрессия или какие-то их комбинации. Иногда, несмотря на сопротивления, болезненный аффект очевиден, потому что пациент ведет себя так, как это характерно для данного специфического аффекта. Например, пациент, говорящий нерешительно или пользующийся клише, или говорящий о мелочах, может выдавать свое чувство стыда тем, что он краснеет или закрывает лицо ладонями, или отворачивает голову, так что аналитик не может видеть его лица, или же прикрывает руками зону гениталий, или внезапно тесно перекрещивает лодыжки и т. д.. Скрытное поведение также выдает стыд. Дрожание, потение, сухость языка и рта, мускульное напряжение, вздрагивания или ригидность могут быть признаками страха. Пациент, который говорит медленно, печальным голосом, со стиснутыми челюстями, вздыхая, иногда замолкая, болезненно глотает, сжимает кулаки, может бороться против слез и депрессии.

Во всех этих случаях я пытаюсь замечать те невербальные, телесные реакции, которые имеют место. Они могут дать нам ключи к пониманию того, с каким болезненным аффектом борется пациент. Если я думаю, что могу определить этот специфический аффект, я конфронтирую пациента с ним: «Кажется, вы смущены (или боитесь, или печальны, или боитесь заплакать)». Я говорю: «кажется», а не «вы чувствуете». Почему? Потому что, во-первых, я могу быть неправ, и, во-вторых, так я хочу дать ему шанс избежать обсуждения, если ему это необходимо. Позже я могу стать более напористым, если буду более уверен в своей правоте, или если его уход от работы с сопротивлением должен будет стать предметом обсуждения.

Если я не могу определить конкретный болезненный аффект, то я просто спрашиваю: «Какие чувства вы пытаетесь устранить?» или: «Как вы чувствовали себя, когда пытались рассказывать мне о своем сексуальном опыте прошлой ночи?» — или: «Что вы чувствовали, когда лежали молча?»

Здесь следует отметить некоторые важные технические моменты. Мой язык прост, ясен, конкретен, прям. Я использую те слова, которые не могут быть неправильно поняты, которые не являются неясными или уклончивыми. Когда я пытаюсь выявить специфический аффект, с которым, возможно, борется пациент, я стараюсь быть насколько возможно более конкретным и точным. Я выбираю то слово, которое описывает то, что происходит с пациентом, отражает ситуацию пациента в данный момент. Если кажется, что пациент переживает аффект, как если бы он был ребенком, например, если пациент выглядит встревоженным, как ребенок, я бы сказал: «Вы, кажется, *испуганы*», — потому что это слово из детства. Я бы никогда не сказал: «Вы, кажется, *полны тревоги*», — эти слова не подходят, так как это слова взрослых. Более того, «испуганный» — такое слово, которое вызывает в памяти картины и ассоциации, тогда как сочетание слов «полны тревоги» — невыразительное. Я буду использовать такие слова, как «робкий», «застенчивый» или «пристыженный», если кажется, что пациент борется с чувством стыда, пришедшим из прошлого, но я бы не использовал таких слов, как «унижение», «приниженность» или «кротость».

Кроме того, я также стараюсь оценивать интенсивность аффекта настолько точно, насколько это возможно. Если пациент разгневан, я не говорю ему: «Вы, кажется, раздражены», — но говорю: «Вы, кажется, в ярости». Я использую обычное и живое слово для того, чтобы выразить количество и качество аффекта, который, как я думаю, переживается. Я скажу что-нибудь вроде: «Вы кажетесь раздраженным, или сердитым, или ворчливым, или хмурым, или придирчивым, или взбешенным», — для того, чтобы описать различные виды враждебности. Обратите внимание, насколько различаются ассоциации к слову «ворчливый» по сравнению со словом «враждебный». При попытках раскрыть и прояснить болезненный аффект и воспоминание, связанное с этим специфическим аффектом, слово, которое использует аналитик, должно быть точным по времени, качеству, количеству и тону. Подробнее этот вопрос освещается при обсуждении интерпретации переноса, а также в разделе 3.943 и во втором томе.

Как мы пытаемся прояснить аффект, вызывающий сопротивление, так же нам следует попытаться прояснить и импульс, вызывающий ее аффект, если мы хотим, чтобы он был репрезентирован в анализе.

Позвольте мне проиллюстрировать это. Пациент, который проходил анализ более трех лет и который обычно не имел больших трудностей при обсуждении сексуальных вопросов, внезапно заговорил уклончиво, когда описывал сексуальный акт со своей женой, совершенный тем утром. Он, очевидно, был смущен произошедшим. Я решил дать ему шанс прояснить это самому. В конце концов он сказал: «Я думаю,

> мне трудно говорить Вам, что мы занимались в то утро анальной игрой». Пауза, молчание. Поскольку у нас был с ним в целом хороший рабочий альянс, я решил сразу исследовать этот вопрос. Я просто повторил: «Анальной игрой?» — но добавил знак вопроса. Пациент сглотнул, вздохнул, и ответил: «Да, мне захотелось засунуть палец в ее анус, в ее задницу, и будь я проклят, если понимаю, почему, хотя с этого момента ей, кажется, все перестало нравиться, я настаивал. Я хотел вдвинуть что-нибудь в нее против ее воли, я хотел взорваться в ней, разорвать ее каким-нибудь способом. Возможно, я сердился на нее за то, что она неведома мне или, возможно, это была вовсе и не моя жена. Я только знаю, что хотел причинить ей боль там, внизу».

Это пример частичного прояснения инстинктивного влечения, в частности, прояснения инстинктивной цели. В этом случае целью было причинить внедряющуюся, разрывающую боль женщине «там, внизу». Во время остальной части сессии и на следующей сессии мы смогли прояснить это в большей степени. Женщиной, которой он хотел причинить боль в своей фантазии, была его мать, и он пытался ворваться в ее «клоаку», откуда, как он представлял себе, когда ему было три года, родился его маленький брат. Остальные значения этой деятельности, в частности те, которые относились ко мне, его *анал*-итику, уведут нас слишком далеко.

По мере того, как мы проясняем болезненный аффект или запрещенное влечение, которое мотивирует сопротивление, может стать необходимым прояснение формы сопротивления, то есть то, *как* пациент сопротивляется. До того, как мы сможем исследовать бессознательную историю тех способов, которые пациент использует для сопротивления, нам сначала следует убедиться в том, что обсуждаемый вопрос ясен для пациента, а не относящийся к делу или неопределенный материал отброшен.

> Например, у одного из моих пациентов, профессора X., чрезвычайно интеллигентного биолога, есть странный способ пересказывать сновидения. Он начинает сессию с утверждения, что видел интересный сон прошлой ночью и «вы были там, и происходило нечто сексуальное». Затем он минутку молчит и продолжает: «Я не совсем уверен, что это было прошлой ночью, может, это было уже сегодняшнее утро. Я вошел в большой школьный кабинет, и там не было места для меня. Я почувствовал смущение из-за того, что опоздал, как это сейчас часто бывает, когда я опаздываю на встречи. Когда это случилось в последний раз, я должен был пойти в небольшой офис неподалеку и притащить небольшой стул, и я чувствовал себя ужасно глупо. Точно так же я, бывало, чувствовал себя, когда приходил в один из классов своего отца, когда он преподавал в летней школе. У него были большие классы, и студенты были гораздо старше меня. Он был блестящим

учителем, но я думаю, что он благоговел перед студентами, или, может быть, это было моей проекцией. Сейчас мне пришла в голову мысль, что, может быть, у него были также гомосексуальные тенденции, которые заставляли его испытывать неловкость — или это тоже одна из моих проекций? Как бы там ни было, я был в том большом классе, который превратился в кинотеатр. Что-то случилось с фильмом, и я был взбешен из-за киномеханика. Когда я пришел бранить его, я увидел, что он весь в слезах. У него были большие мягкие глаза, как у грека, — вот где «появляетесь» вы. По крайней мере это то, что пришло мне в голову, когда я проснулся сегодня утром. Эти большие, опущенные веки, глаза, переполненные слезами, напомнили мне вас, а если я думаю о плачущем мужчине, я чувствую мягкость и любовь, я полагаю, что это связано с гомосексуальностью и с моим отцом, хотя я и не могу вспомнить отца плачущим. Он всегда был поглощен своей работой или своими хобби, и единственные эмоции, которые он проявлял, относились к моей сестре и моему старшему брату. Моя сестра была во сне, в той его части, когда я нахожусь в кинотеатре. Когда погас свет и ничего не было видно на экране, она сказала мне, что нам не следовало бы приходить. Вот когда я рассердился на вас. Одно время моя сестра хотела стать актрисой; и действительно, мы часто играли в пьесах вместе, она, бывало, играла роль мальчика, а я — девочки. Теперь, когда я думаю об этом, мне кажется, что в классной комнате были только мальчики, а в кино — в основном девочки» и т. д. и т. п.

Это образец специфической формы сопротивления, которую этот пациент демонстрировал при пересказе содержания сновидения или при рассказе о случаях из его настоящей или прошлой жизни. Он никогда не рассказывал случай именно так, как он происходил, но часто начинал с середины, перепрыгивал к началу, затем к концу, пересыпал свой рассказ ассоциациями и какими-то интерпретациями, а затем вставлял некоторые детали из начала, середины или конца, которые он пропустил. Я не был склонен прерывать его, потому что не хотел нарушать течение его ассоциаций. Однако я никогда не знал, что в данном рассказе является содержанием, а что — ассоциациями. Я никогда не был уверен, слышал ли я все сновидение или случай, о котором он рассказывал, а если я спрашивал, то его ответы также состояли из смеси фактов, фантазий и ассоциаций.

В конце концов я спросил его, осознает ли он тот факт, что он не может просто рассказать сновидение или случай из своей жизни от начала и до конца, но начинает с середины, и я описал детально, как он это делает. Сначала он слабо протестовал, утверждая, что он думал, что обязан говорить то, что приходит в голову, но тут он улыбнулся и, вздохнув, сказал, что знает за собой такую склонность «валить в кучу» свои задания и обязанности. Затем он спонтанно рассказал, что никогда не читает книгу с начала, обычно начинает с середины и читает кусками

к концу, а затем к началу. В школе и в долгие годы последующей учебы, в которой он превосходил других, он никогда не начинал домашнего задания с начала, но либо с середины, либо с конца. Он делал то же самое и в других сферах жизни. Когда он учился в начальной школе, он начал писать книгу по высшей математике, а когда был начинающим в своей профессии, учил людей, которые были намного старше его.

Я опишу некоторые из бессознательных детерминант и значений этой формы сопротивления в разделе 2.652, посвященном интерпретации формы сопротивления. Здесь же позвольте сказать, что затруднения в данном случае связаны с тем, что его отец был известным педагогом и академиком, и вся его семья прославилась своими занятиями наукой. В данный момент я хочу сделать акцент на том, что прояснение формы сопротивления было стартовым моментом для многих важных инсайтов о бессознательных факторах.

2.65. Интерпретация сопротивления

2.651. Интерпретация мотива сопротивления

Здесь я должен отметить, что иногда для аналитика нет необходимости демонстрировать и прояснять сопротивление, потому что пациент делает это сам спонтанно. Эти шаги не обязательно предпринимать в описанной последовательности, поскольку оба события могут происходить более или менее одновременно. Когда сопротивление становится демонстрируемым и ясным, мы готовы попытаться интерпретировать бессознательные детерминанты. Это означает, что мы стараемся раскрыть скрытые инстинктивные импульсы, фантазии или воспоминания, благодаря которым возникло это сопротивление. (Обычно в психоаналитических дискуссиях это обозначается как «содержание» вытесненных или отвергнутых бессознательных влечений, фантазий или воспоминаний, которые определяют данное психическое событие.) При анализе мотива сопротивления нам следует пытаться исследовать содержание, которое обусловливает болезненный аффект, вызывающий сопротивление.

Давайте вернемся к пациенту мистеру С. (см. раздел 2.63), который стал застенчивым, пытаясь рассказать о своем «супружеском опыте». Для того чтобы понять его смущение, нам следует теперь попытаться раскрыть, какие влечения, фантазии или жизненные события ассоциировались с его разговором о сексуальных вопросах. Исследование

содержания может привести нас к чувствам, влечениям и фантазиям, которые посещали его в момент рассказа, к реакциям переноса или к его прошлой истории, или от одного к другому. Обычно мы предоставляем пациенту решать, по какой линии следовать, и задаем примерно такой открытый вопрос: «Что приходит вам в голову, когда вы представляете себе разговор о сексе?»

Застенчивый мистер С. с «супружеским опытом», отвечая на мой вопрос, начал рассказывать, что секс считался грязной и запретной темой в его доме, что его ругали, если он спрашивал, как рождаются дети, и говорили, что это неподобающий вопрос для приличного мальчика, и т. д. Позже в школьной компании он преодолел свою робость, но все еще реагирует со смущением, когда сексуальные вопросы поднимаются незнакомыми авторитетными людьми. Это затем привело к его чувству ко мне как к незнакомому человеку и авторитету. Хотя умом он понимает, что я, должно быть, знаком со всеми видами сексуального опыта, тем не менее он обнаружил, что реагировал так, как будто я был не в меру щепетилен и сделал ему выговор. Я интерпретировал это ему так, что в тот момент, когда он упомянул о сексе, я стал для него отцом, а он стал маленьким мальчиком. Если бы пациент не позволил своим мыслям спонтанно вновь переместиться на меня и только рассказал о своем смущении дома, я бы сказал ему перед завершением сессии: «Теперь вы реагируете на меня так, как будто я — ваш родитель, и вы смущаетесь». Анализ сопротивления всегда должен включать анализ сопротивления переноса — эта тема будет освещаться в третьей главе.

Дальнейший анализ смущения мистера С. при разговорах о сексе проходил в течение нескольких лет. В процессе проработки мы обнаружили, что он чувствовал, что ему нужно скрывать свой интерес к сексу, потому что он боялся, что его будут считать слишком сексуальным. Это было связано с воспоминаниями детства о сексуальных играх со своими сестрами и сексуальными фантазиями, касающимися матери. Его мастурбационные фантазии имели отношение к подсматриванию за «взрослыми» во время полового акта, и потом за тем, как их били. У него также были глубоко вытесненные мазохистские желания быть побитым, как и тенденция идентификации с женской ролью. Мистер С. испытывал большую тревогу, связанную с отношением к мужчинам, поскольку оно все еще было наполнено инстинктивными импульсами, как враждебными, так и сексуальными. Он был также не уверен в своей половой идентичности, в ощущении того, что он — мужчина. Это сжатый рассказ об анализе мотивов его сопротивления разговорам о сексе.

Но давайте вернемся к нашему анализу мотива сопротивления. Пациент избегает, потому что хочет уклониться от какого-то болезненного чувства. Но *какое* содержание, какой материал вызывает болезненный аффект? Мужчина с «супружеским опытом» раскрывает некоторое содержание,

пытаясь говорить о сексе, несмотря на робость. В этом случае было ясно, что сексуальный материал был непосредственной причиной смущения и сопротивления. Но бывает и так, что неясно ни почему, ни чему пациент сопротивляется. Пациент может более или менее долго сохранять молчание в течение целой сессии и не давать никакого ключа к тому, что происходит, ни реакциями тела, ни выражением лица. В моем опыте это бывает редко. Абсолютное молчание и отсутствие выражения лица и реакций тела могут быть ключом к фантазиям о смерти, коме или глубоком сне. Дважды в моей практике это означало комбинацию убийственной ярости и суицида (Greenson, 1961).

Давайте предположим, что мы работаем сначала над вопросом «почему» и установили конкретный болезненный аффект, но все еще не имеем ключа к тому, что вызвало его.

> И снова пример. Молодая пациентка, миссис К. (см. раздел 1.24), на третьем году анализа, какое-то время очень продуктивно работала, а затем была сессия, когда она проявила значительное сопротивление. Она начала сессию, сказав, что ей не хотелось приходить, в голове у нее ничего нет, почему я не даю ей намека, о чем говорить, ее жизнь течет так гладко, ее ребенок чудесный, новая квартира комфортабельна, вероятно, ей можно позволить остаться одной, ей гораздо лучше, действительно ли ей необходимо продолжать анализ, она ходила в интересную картинную галерею, но ничего не купила, у нее назначено свидание с «умником»; мужчины, с которыми она встречается, либо «тупицы», либо «умники» — и т. д., и т. д., вперемешку с короткими паузами. Я чувствовал, что ее тон имел оттенок раздражения и досады. После примерно десяти минут всего этого я вмешался и сказал: «Вы, кажется, раздосадованы». Она ответила: «Я полагаю, да. Но я не знаю чем». Я сказал: «Что-то раздражает вас. Постарайтесь найти это. Просто позвольте своим мыслям следовать за идеей «Что-то досаждает мне».
>
> Пациентка минуту помолчала, а затем вдруг произнесла: «О, я забыла сказать вам, что моя мать звонила мне вчера вечером из Нью-Йорка». Затем пациентка принялась пересказывать содержание беседы и свои реакции на нее стальным, холодным тоном, в неестественном, отрывистом ритме. Мать упрекала ее за то, что она не пишет, пациентка была взбешена, но контролировала себя и демонстрировала только равнодушие и пренебрежение. Она с горечью сказала, что пошлет матери ее регулярный чек, но будь она проклята, если будет писать. Пауза, молчание. «Я не собираюсь вовлекаться в отношения с нею снова... даже хотя я знаю, что вы хотите, чтобы я это сделала... Вы говорите, это поможет моему анализу, и, может быть, вы и правы, но я не могу, и я не хочу вовлекаться и в отношения с вами».
>
> Я хранил молчание. Я вспомнил, что на предыдущей сессии она говорила мне о свидании с молодым художником. Она чувствовала,

что он интересен, даже очарователен, но было в нем что-то, что отталкивало ее. На той сессии мы не обнаружили, с чем связано это чувство. Пациентка продолжила, рассказав мне о своей двухлетней дочери, о том, как она любит играть с ней, как прекрасно детское тело, не уродливо, подобно телу взрослой женщины, и как она любит купать ее. Она остановилась и вдруг вспомнила сновидение: она была одной из женщин-аквалангисток — должна была плыть в убежище в Москву и запоминать, что видит под водой. Вода была холодная и темная, но она была защищена своим резиновым костюмом. Была опасность, что что-то взорвется, и нужно было спешить, уходить как можно скорее. Была какая-то мысль о том, что она должна финишировать в 4 часа.

Ассоциации пациентки привели ее к тому, что она слышала: люди, которые умирают во сне, умирают в четыре часа. Может быть, она боялась, что я могу умереть, она слышала, что у меня неважно с сердцем. Когда она проснулась, ее небо было воспалено, она, должно быть, во сне натерла его языком. Это проблема, до причины которой мы еще никогда не доходили. У нее болит желудок. Она чувствует себя скованно. Ей следует работать над этим, но она чувствует утомление и депрессию. Молчание. В этот момент я сказал: «Вы боитесь чего-то, что собираетесь найти под водой, в своем бессознательном. Вы испуганы, поэтому надеваете резиновый костюм, чтобы ничего не чувствовать и не быть вовлеченной — во что?»

Пациентка немного подумала и ответила: «Я чувствую соблазн бежать, вернуться назад, стать такой, какой я была до анализа: скучающей и пустой. Я устала от борьбы и исканий, я хочу расслабиться и не торопиться. Вы подталкиваете меня, а я хочу, чтобы вы делали работу. У меня вчера была фантазия, что у меня развился рак гортани, и я не могу говорить, и тогда вы должны были бы делать всю работу». Пауза.

Я ответил: «Вы раздражены на меня, потому что я не буду кормить вас, я не буду вашей доброй мамочкой». Пациентка буквально закричала на меня: «Не говорите этого слова, я не выношу этого. Я ненавижу это и вас тоже. Да, я хочу, чтобы вы помогли мне, но не только работали для меня, я хочу, чтобы от вас исходили тепло и доброта. Все, что вы делаете — это работа, работа, работа... (пауза)... Я думаю, вы правы. Я хочу, чтобы вы заботились обо мне, как я забочусь о своем ребенке. Вы знаете, вчера, когда я купала ее, я посмотрела на ее гениталии, на ее вульву, это выглядит так прекрасно, как цветок, как сладкий кусочек фрукта, абрикоса. Я могла бы поцеловать это, только я знала, что это было бы нехорошо для нее». Я просто сказал: «Для нее?» Пациентка продолжала: «Хорошо, не только для нее, я согласна, но также и для меня. Это напомнило мне, знаете ли, художника, с которым я встречалась несколько дней назад. Мы пошли на пляж, и я заметила, что его бедра очень толстые и зад тоже, прямо как у женщины. Может быть, именно это оттолкнуло меня». Я ответил:

«И пленило одновременно. Это то самое опасное убежище, которое вы боялись найти под водой. От этого вы бежите». Пациентка: «Я купила бикини для моей дочери, она выглядит так прелестно в нем — оно ярко-красное — я могу ее съесть в нем, буквально съесть».

Эта необычно продуктивная сессия началась со значительного сопротивления. Однако пациентка была упорна в своей аналитической работе и установила хороший рабочий альянс. Я думаю, это ясный пример того, как я исследую вопрос о том, что является мотивами защиты. Просмотрев материал сессии, можно увидеть, что пациентка осознавала свое сопротивление: ей не хотелось приходить, не хотелось вовлекаться. Ранний материал сессии не дает понятного ключа, только показывает некоторую враждебность к мужчинам, но этого недостаточно, чтобы идти дальше. Затем я конфронтировал ее с сопротивлением и попросил ассоциировать к чувству раздражения. Это привело ее к воспоминанию о гневной, холодной беседе с матерью и ее гневу по отношению ко мне. Затем она вспомнила свой сон — это знак того, что интерпретация сопротивления была на верном пути. Явное содержание тревожных сновидений прекрасно показало ее страх раскрытия некоторых бессознательных импульсов. Убежище символизирует мать, так же как и вода. Идея женщины-аквалангистки намекает на гомосексуальность, затем, во время рассказа о купании дочери, она также вспоминает сон. Ее первая ассоциация приводит ее к страху и желанию моей смерти. Она нуждается во мне и боится меня. Она трет небо — это повторение инфантильной потребности в сосании. Затем сопротивление усиливается, она не хочет работать, она в бешенстве от моей интерпретации, будто она хочет, чтобы я был ее «мамочкой».

Таким образом, в данном сопротивлении мы видим возвращение вытесненных импульсов: ужас перед ее инфантильным страстным стремлением к матери; затем ее ассоциации, связанные с ребенком, и откровенные оральноинкорпоративные и сексуальные желания по отношению к вульве ребенка; вновь попытка сместить свою тревожность на ребенка; и вновь попытка заставить ее увидеть, что она убегает от своих собственных страхов; затем подтверждение этого ее ассоциацией с бедрами и задом ее друга-художника; и, наконец, последнее подтверждение — возвращение к дочери, к красному (красный=Москва) купальному костюму и желание съесть ее.

Ответом на вопрос, чего пациентка избегает, что вызывает болезненный аффект, который заставляет ее сердиться на меня и на анализ, является то, что она пыталась избежать своих активных оральных и пассивных гомосексуальных, садистских устремлений по отношению к своей матери, ребенку и ко мне. Это были мотивы ее сопротивления.

Я отметил выше, что попытки анализировать мотивы сопротивления обычно начинают с того, что стремятся раскрыть болезненный аффект, потому

что болезненный аффект обычно более доступен сознательному Эго, чем содержание, вызывающее болезненный аффект. Это не всегда верно; иногда содержание может раскрываться в аналитической сессии до того, как нам станет ясен аффект. Тогда наша задача состоит в том, чтобы следовать содержанию сопротивления, которое, если мы добьемся успеха, прояснит аффект. Мы начинаем с материала, имеющегося в наличии, а затем продолжаем искать то, чего недостает: мы идем от известного к неизвестному. Следующий пример иллюстрирует, как содержание сопротивления становится известным до аффекта.

> Пациент пришел на сессию, когда я вернулся в город после недельного отсутствия. Он рассказал, что у него были чудесные каникулы, пока меня не было. Он оживленно говорил о том, как он уезжал в короткое путешествие за город, каким отдохнувшим он себя почувствовал, как хорошо гулял с женой и детьми, как он оказался в состонии делать много физических упражнений и читать. А затем, после пяти минут описания того, как он наслаждался, пока меня не было, он вдруг истощил свой запас того, что можно сказать, и замолчал. Я сохранял молчание. Он поинтересовался, о чем мы говорили перед тем, как я уехал. Пауза. Он бы хотел знать, помню ли *я*, о чем он рассказывал перед тем, как я уехал. Помнят ли аналитики то, что им рассказывают пациенты? Еще пауза. Он бы хотел знать, куда я уезжал и что я делал. Он бы хотел знать, ездил ли я один или с женой. Он думал, что я выглядел утомленным и бледным тогда, на сессии перед отъездом. Он вспомнил, что у него было беспокойство по поводу моего здоровья. Он рассказал, что у него даже была мысль о том, что я могу умереть. Он хотел бы знать, рекомендую ли я ему кого-нибудь на тот случай, если ослабею или умру.
>
> Все это он говорил, сильно колеблясь и с большим количеством пауз. Было очевидно, что он сопротивляется. Было также совершенно очевидно, что он избегает говорить более детально и с большим чувством о своих реакциях на мое отсутствие. Поэтому я конфронтировал его, сказав: «Вы, кажется, не хотите по-настоящему говорить о тех чувствах, которые были у вас по отношению ко мне, когда я уехал, и забыл вас здесь». Сразу вслед за этим он вспомнил, как он возмущался, когда его «оставляли», и как часто это случалось с ним в прошлом. Его отец часто уезжал один на отдых, оставляя его и мать дома одних. Затем он перешел к другим воспоминаниям, когда он и мать уехали одни, оставив отца, это затем привело к различным вариантам желания смерти отца. В конце сессии стало ясно, что болезненные чувства, которых он пытался избежать, были его гневные пожелания смерти и разочарования во мне из-за того, что я оставил его.

Я привел эту иллюстрацию как пример того, как событие, которое является мотивом сопротивления, становится ясным, несмотря на сопро-

тивление, и, следовательно, становится стартовым моментом для анализа сопротивления и далее ведет к аффектам, импульсам, фантазиям и воспоминаниям.

И снова следует подчеркнуть, что, раскрывая специфическое событие или аффект, который вызывает сопротивление (в данном случае это было событие), аналитик идет от сопротивления к истории этого конкретного события или аффекта или фантазии в жизни пациента. Начнет ли аналитик с аффекта, или фантазии, или события, он, в конечном счете, придет к истории фантазии, аффекта или события. Если это удастся, аналитик сможет затем вернуться к текущему сопротивлению в анализе и отметить для пациента: «Да... И мой отъезд, кажется, вызвал у вас похожую реакцию, о которой вы побоялись мне рассказать». И тогда пациент еще раз осознает, что сопротивления, имеющие место в анализе, являются повторениями событий, которые происходили в жизни пациента в прошлом. Повторяю, сопротивления не являются артефактами анализа, они не являются каким-то новым творением, а лишь повторением, новым изданием прошлых событий.

Важное клиническое замечание, которое следует здесь повторить, состоит в том, что наиболее частым источником сопротивлений является ситуация переноса. Каждый клинический пример, который я привожу, подтверждает это, хотя я не всегда это подчеркиваю. Когда все остальное равноценно или неясно, или неизвестно, аналитику следует искать реакции переноса в качестве источника сопротивления. Детально я буду рассматривать это в главе 3.

2.652. ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ФОРМЫ СОПРОТИВЛЕНИЯ

Иногда при анализировании сопротивления не аффект и не влечение или некоторое событие являются наиболее обещающей линией исследования. Может оказаться, что форма сопротивления: метод или способ сопротивления, предлагают наиболее плодотворную линию для исследования. Это происходит, когда форма сопротивления часто повторяется, в этом случае мы, вероятно, имеем дело с чертами характера. Хотя анализ формы при анализе сопротивления, возможно, нечасто осуществляется в первую очередь, типичные и привычные методы сопротивления в конечном счете должны стать предметом анализа, поскольку эта процедура является входными воротами в анализирование так называемых защит характера. Если форма сопротивления воспринимается пациентом как «странная» или «нехарактерная», это обычно симптоматическое действие, более доступное для разумного Эго пациента.

Шаги при анализировании формы сопротивления те же самые, что были намечены для других аспектов сопротивления. Во-первых, нам следует добиться того, чтобы пациент признал, что данная часть его поведения является

сопротивлением. Это может быть просто или довольно трудно в зависимости от того, является ли деятельность Эго-синтонной чертой характера или чуждой Эго. Если поведение сопротивления является Эго-синтонной чертой характера, встает вопрос, насколько трудно сделать данное поведение Эго-дистонным; другими словами, сможет ли аналитик заручиться помощью разумного Эго пациента, которое объединится с аналитиком при рассмотрении этой активности как сопротивления (Fenichel, 1941, p. 66—68). Сможет ли аналитик добиться успеха в расщеплении разумного Эго пациента и его переживающего Эго и тем самым вовлечь пациента в исследование этой активности?

Возможность демонстрации будет зависеть от двух факторов: во-первых, от отношения Эго к данной активности, то есть от того, насколько она является Эго-синтонной; и, во-вторых, от рабочего альянса, то есть от того, насколько охотно пациент принимает аналитическую установку. Чем более согласованной, адаптивной, успешной представляется активность пациенту, тем труднее будет убедить его, что это — сопротивление. В нашем обществе, например, нелегко подвести пациентку к тому, что ее привычная чистоплотность, проявляющаяся в свободных ассоциациях и во внешней жизни, — это то, что следует анализировать. Чистоплотность является одной из добродетелей в американском обществе, одной из превозносимых и высоко ценимых черт в семье. Бомбардировка рекламой помогает сделать чистоплотность идеалом Эго для многих людей даже и в более позднем возрасте.

Эта ситуация сильно отличается от той, когда предпринимается попытка анализировать более чуждую Эго деятельность. Например, пациент с очень сильным враждебным переносом моментально засыпает во время сессии. Несмотря на агрессивное отношение ко мне, пациент может осознать, что засыпание во время сессии является сопротивлением.

Ситуация становится более трудной, когда факторы реальности смешиваются с бессознательными сопротивлениями пациента.

> Например, пациентка большую часть сессии рассказывает об опасности ядерной бомбардировки и целесообразности уехать на Средний Запад, где она будет в большей безопасности. Когда я предположил, что, быть может, она будет чувствовать себя в большей безопасности, уехав от меня и избежав психоанализа, она явно рассердилась и замолчала. Затем она резко напомнила мне, что люди строят бомбоубежища. После паузы я признал, что существует некоторая вероятность ядерной атаки, но я полагаю, что ее реакция не соответствует опасности и слишком интенсивна. Большинство экспертов придерживается мнения, что бомбоубежища не являются надежной защитой, и отъезд также не гарантирует ее безопасность. Затем пациентка начала говорить. Она допускает, что ее страхи непропорционально велики, но простая мысль о ядерном взрыве вселяет в нее ужас. Я сказал ей,

что каждый разумный человек боится атомной войны, но, должно быть, есть еще что-то внутри нее, что делает ее страх таким сильным, что она намеревается «вырвать с корнем» свою жизнь. Медленно пациентка начала ассоциировать, мысли привели ее к несчастному замужеству, годам фрустраций и торможения, ее страстному желанию «выбраться из этого», начать новую жизнь. Теперь я был в состоянии показать ей, что все это являлось причиной того, что внутри нее накапливался гнев, который угрожает взрывом. Вот отчего возможность взрыва атомной бомбы кажется такой близкой. Вот почему ее страх усилился до ужаса. Пациентка, казалось, поняла, и в течение следующих нескольких сессий мы продуктивно работали с этой темой.

Я хочу сделать паузу в этом месте для того, чтобы подчеркнуть небольшой, но важный технический момент. Всякий раз, когда факторы реальности смешиваются с сопротивлением, эти факторы должны быть адекватно признаны (Marmor, 1958). Если не сделать этого, пациент будет все более активно цепляться за элементы реальности в сопротивлении и тратить свое время, пытаясь убедить аналитика в логичности своих аргументов. Обратите внимание, как моя пациентка завела разговор о бомбоубежищах, когда я пытался истолковать ее бегство на Средний Запад как бегство от анализа. Только после того, как я признал, что ее страх частично оправдан, она смогла работать со мной, сформировав рабочий альянс. До этого ее тревога по отношению к ядерной бомбе была Эго-синтонной. Мое признание факта реальности позволило установить рабочий альянс, что сделало страх ядерного взрыва, по крайней мере, его интенсивность, чуждыми для Эго. Она стала в состоянии работать над этим как над внутренней проблемой и в конце концов действительно осознала, что ее бегство на Средний Запад является сопротивлением переноса.

Когда пациент осознает аспект сопротивления в своем поведении, нашей следующей задачей становится *прояснение*. Теперь мы пытаемся найти такой же паттерн поведения вне анализа и затем занимаемся историей и целями данной активности. Что произошло в жизни пациента, что заставило его принять этот способ сопротивления? Позвольте мне вернуться к профессору Х., человеку, который рассказывал свои сновидения, «сваливая все в кучу» (см. раздел 2.64).

Профессор Х. рассказал, что он читал книги, «сваливая все в кучу», и в школьные годы делал домашние задания в той же манере. Он не мог заниматься сидя за письменным столом, а только лежа или прохаживаясь. Это получило объяснение, когда я понял, что его отец был известным учителем и готовил сына идти по своим стопам. Мальчик хотел бунтовать, потому что он испытывал глубоко затаенные враждебные,

> ревнивые, сопернические чувства по отношению к отцу, его способ работать был выражением его злобы и вызова. Но была также и глубокая любовь к отцу, которая имела выраженный прегенитальный и оральный характер. Он боялся слишком приблизиться к отцу, так как это означало бы анальное и оральное вторжение и заглатывание. Отец любил играть роль врача, когда пациент болел. Много раз он измерял сыну ректальную температуру, неоднократно ставил клизмы, смазывал горло и т. д. Поведение «все в кучу» было также проявлением его борьбы против идентификации с отцом, поскольку идентификация была равносильна тому, чтобы быть поглощенным и уничтоженным. Это представляет собой возвращение вытесненных стремлений к слиянию и утрате границ Эго (Greenson, 1954, 1958a; Khan, 1960).

Другой пациент-ученый использовал для описания всех своих переживаний очень реалистичный тон и технические термины. Даже описывая интимнейшие сексуальные события, он никогда не выказывал никаких эмоций. Он никогда не колебался, не проявлял рвения, но механически и досконально докладывал. Я пытался дать ему понять, что, используя технические термины и описывая события так, как будто он докладывает о безличном эксперименте, он пропускает все свои эмоциональные реакции. Он был холодным, невключенным наблюдателем, докладывающим другому ученому, а не пациентом, сообщающим интимные переживания своему терапевту.

В течение долгого времени пациент оправдывал себя, говоря, что факты более важны, чем эмоции. Затем я смог показать ему, что эмоции также являются «фактами», а он с неохотой признает эти «факты» в отношении себя. Затем пациент осознал, что он отбрасывал эмоции, рассказывая мне о себе, потому что чувствовал, что зрелому ученому стыдно иметь чувства. Более того, он также признался, что скрывает свои чувства и от других, даже от своей жены при сексуальных отношениях. Анализ этого поведения затем привел его к воспоминаниям о детстве, когда его отец, инженер, выказывал презрение к эмоциональным людям, считая их слабыми и ненадежными. В конечном счете пациент осознал, что он считал проявление эмоций эквивалентным несдержанности и бесконтрольности. Он приравнивал холодность к чистоте, а эмоциональное тепло — к грязи и утрате контроля.

Анализ формы сопротивления в таком случае, как этот, становится возможным только тогда, когда пациент не может дольше сам оправдывать использование данного метода. Это сопротивление должно стать Эго-дистонным, прежде чем пациент с готовностью предпримет анализ старого, привычного способа поведения. Данному пациенту потребовалось больше года, чтобы изменить свое отношение к невключенному способу рассказывать. Даже когда мы смогли проследить эту форму поведения в прошлом, в конфликтах, касающихся выработки туалетных навыков и анально-садистстских импульсов,

он не был в состоянии поддерживать надежный рабочий альянс. Его нижележащая тревога в конце концов приобрела параноидное качество и лишила его истинной мотивации продолжать анализ. Он был готов проходить анализ, только если бы мог остаться, в сущности, неизменным и незатронутым эмоционально. В конце концов нами было принято решение прервать анализ.

2.653. РЕЗЮМЕ

Если резюмировать основные процедуры при анализе сопротивления, то их можно кратко описать следующим образом:

1) Признание сопротивления.
2) Демонстрация сопротивления пациенту:
   а) Позволить сопротивлению стать доступным демонстрации, ожидая, когда оно проявится несколько раз.
   б) Вмешиваться таким образом, чтобы увеличить сопротивление; способствовать тому, чтобы оно стало доступным демонстрации.
3) Прояснение мотивов и форм сопротивления:
   а) Какой именно болезненный аффект заставляет пациента сопротивляться?
   б) Какое специфическое инстинктивное влечение является причиной болезненного аффекта в данный момент?
   в) Какую конкретную форму и метод пациент использует для выражения своего сопротивления?
4) Интерпретация сопротивления:
   а) Какие фантазии или воспоминания являются причиной аффектов и влечений, которые стоят за сопротивлением?
   б) Исследование истории и бессознательных целей данных аффектов, влечений или событий в анализе, вне анализа и в прошлом.
5) Интерпретация формы сопротивления:
   а) Исследование этой и сходных форм деятельности в анализе и вовне его;
   б) Проследить историю и бессознательные цели этой активности в настоящем и прошлом пациента.
6) Проработка:

Повторения и развитие шагов (4) а), б) и (5) а), б).

Важно понимать, что лишь небольшой фрагмент работы может быть доведен до конца в течение одной сессии. Множество сессий закончится всего лишь с неясным сознанием того, что работает какое-то сопротивление, и все,

что аналитик может сделать в конце таких сессий, — это указать пациенту, что тот чего-то избегает. Иногда он может прояснить только аффект, и даже его не полностью; иногда только историческое прошлое, иногда только форму. Когда это возможно и насколько это возможно, аналитик пытается исследовать это избегание вместе с пациентом, постоянно пробуя, какую часть этого исследования пациент может сделать во время данной сессии сам осмысленно и с пользой. Усердие самого аналитика должно играть вторичную роль по сравнению с тем, как много пациент может вынести и использовать в исследовании и раскрытии бессознательных явлений. Пациент не должен быть травмирован, и ему не следует позволять вступать в какое-то шутливое, похожее на игру исследование сопротивления.

Важно не делать преждевременной интерпретации сопротивления, поскольку это приведет пациента только к рационализации или интеллектуализации или же создаст интеллектуальное соревнование в интерпретации сопротивления. В любом случае это лишит переживание эмоционального заряда, следовательно, усилит сопротивление вместо того, чтобы ослабить его. Пациенту нужно дать возможность почувствовать его сопротивление, чтобы он стал осознавать его силу и упорство. Важно знать, когда быть пассивным, а когда — активным при аналитической работе. Слишком долгое терпение аналитика может способствовать тому, что пациент потратит ценное время, когда он мог бы поработать эффективно. Слишком большая активность аналитика может либо помешать способности пациента быть активным и удовлетворит его пассивные желания, либо это может повторно мобилизовать события, к которым пациент еще не готов, и тем самым возбудить травматическую ситуацию. Кроме всего прочего, слишком большая активность может привести к устранению эмоционального воздействия и превратить анализ сопротивления в игру в загадки (Freud, 1914с, р. 155; Fenichel, 1941, р. 36–43).

Важно, кроме того, не играть в сопротивление с пациентом, используя тот же самый вид сопротивления, что и он. Если он молчит, вы должны быть внимательны, чтобы Ваше молчание не оказалось контрсопротивлением. Или, если он использует неестественный язык, непристойности или клише, вы должны избегать как того, чтобы следовать за его сопротивлением, так и того, чтобы делать нечто противоположное. Важно, чтобы аналитик говорил прямо, по существу, не будучи при этом грубым, шутливым, провокативным или упрекающим.

Эти шаги и их порядок варьируют от сессии к сессии и от пациента к пациенту. Аналитику стоит заниматься только тем, что кажется ему наиболее многообещающей линией исследования в данный момент. Следует сохранять ум открытым и быть готовым изменить свой подход или придерживаться его, если он кажется правильным.

Совершенно необходимым союзником аналитика в этой работе является разумное Эго пациента. Оно должно присутствовать или должно быть вызвано благодаря вмешательствам аналитика; в противном случае аналитику следует подождать, пока эмоциональные штормы не утихнут и разумное Эго не вернется, что может выразиться, в частности, в отношении к аналитику. Рабочий альянс должен присутствовать или быть доступным для восстановления, прежде чем аналитик приступит к глубокому анализу сопротивления. Это является необходимым условием для интерпретации (Greenson, 1965a). Данное положение будет проиллюстрировано в главе 3.

Наконец, важно осознавать, что вне зависимости от того, насколько умело и правильно аналитик работает с сопротивлениями, сопротивления будут возвращаться. Следует помнить замечание Фрейда о том, что сопротивление будет сопровождать каждый шаг, каждый аспект, каждый час анализа до того, как он будет завершен. Проработка необходима для того, чтобы данное сопротивление утратило свою патогенность. Анализ сопротивления является не обходным путем, а необходимой и крайне важной частью каждого случая лечения.

2.66. Особые проблемы при анализировании сопротивления

2.661. Сопротивление на первых сессиях

В начале анализа, на первых сессиях, когда сопротивление уже опознано аналитиком и продемонстрировано пациенту, прежде чем приступить к исследованию мотива или формы сопротивления, следует рассмотреть следующие шаги.

1. Пациенту следует объяснить, что сопротивление является проявлением его собственной активности, что это действие, которое он осуществляет либо бессознательно, либо предсознательно, либо сознательно (Fenichel, 1941, p. 36). Сопротивление не является чем-то, что происходит совершенно независимо от пациента, хотя он может ощущать его именно так. Это важно, потому что многие пациенты ощущают сопротивление как нечто, случающееся с ними, «свалившееся» на них, и они склонны чувствовать себя беспомощными или покорившимися. Я считаю полезным показать им это.

Например, пациент рассказывает мне, что ум его пуст. Подождав некоторое время, я нахожу полезным проинформировать моих пациентов,

что ум кажется пустым только в том случае, когда они пытаются избежать чего-то. Затем я прошу его позволить своим мыслям следовать за идеей: «Я избегаю чего-то», — и говорить, что приходит в голову. Неминуемо какие-то ассоциации попадут в фокус. Я могу подчеркнуть этот момент, напомнив им, что их ум не пуст, когда они спокойно лежат на диване у себя дома или просто позволяют блуждать своим мыслям, пока ведут машину. То же самое должно быть и здесь, если только что-то не мешает, не давая мыслям прийти в голову или не позволяя определить, каковы они.

2. Пациенту следует рассказать в подходящее время, что обнаруживать сопротивление и анализировать его важно, что это стоит делать и что это составляет существенную часть психоанализа. Сопротивление не является ошибкой или недостатком, или слабостью пациента. Он не критикуется и не отвергается за то, что имеет сопротивления. Здесь, конечно, чрезвычайно важен тот тон, которым аналитик демонстрирует сопротивление пациенту. Аналитик может сказать пациенту, что иметь сопротивления — совершенно нормально, но если его тон укоризненный, слова теряют свое значение. Следует сделать так, чтобы пациент осознал анализ сопротивления как необходимую, неизбежную и продуктивную часть психоаналитической процедуры.

Достигнув успеха в анализировании некоторых аспектов сопротивления в начале лечения, я пытаюсь продемонстрировать обоснованность того положения, что анализ сопротивления является плодотворным и стоящим.

Я полагаю, такие вмешательства важны в начале анализа, потому что они помогают установить определенную атмосферу в аналитической ситуации. Я хочу, чтобы мой пациент чувствовал, что ему дано право знать о том, что происходит в анализе, для того чтобы чувствовать, что он мой «сотрудник» в аналитической ситуации. Я хочу способствовать развитию рабочего альянса и не хочу, чтобы он чувствовал себя ребенком, которого держат в неведении, или чтобы он видел во мне эксперта, который находится гораздо дальше и выше него. Я не хочу создавать авторитарную, таинственную или родительскую атмосферу. Я хочу, чтобы это была ситуация, когда двое упорно работающих, серьезных взрослых действуют совместно, один из них нуждается в помощи, а другой — специалист, но при этом оба одинаково ответственны и серьезны в своей совместной работе. Я хочу дать пациенту все те необходимые знания, в которых он нуждается, чтобы помочь ему стать аналитическим пациентом, помочь ему работать в анализе. Я не хочу делать из него аналитика, но хочу, чтобы он был знаком с определенными аспектами процесса анализирования, после того как он испытает их на себе, так чтобы он смог кооперироваться со мной настолько, насколько он на это сознательно способен. Этот момент будет подробно рассмотрен в разделе 3.5 и во втором томе.

Когда пациент сам обнаружит не только то, что он сопротивляется, но и почему он мог бы сопротивляться или чему он мог бы сопротивляться,

тогда я почувствую, что он сделал важный шаг в анализе. Часто можно услышать выражение, что пациент находится «в анализе». Я думаю, это относится к ситуации, изложенной выше. Это означает, что часть Эго пациента — наблюдающее, разумное Эго — имеет способность теперь уже самостоятельно время от времени смотреть на переживающую часть Эго и работать как союзник аналитика, то есть временно идентифицироваться со способом работы аналитика. Рабочий альянс был временно и частично достигнут. Никоим образом это не означает, что он может полностью анализировать свои собственные сопротивления, но, по крайней мере, он осознает важность анализирования сопротивления и у него есть аналитическая установка по отношению к сопротивлениям вместо того, чтобы пытаться избегать их, скрывать или прятать.

В самом начале анализа я стараюсь не использовать термин «сопротивление», а пользуюсь такими фразами, как: «вы избегаете», «вы убегаете прочь», «вы, кажется, увертываетесь», «скользите по поверхности», «скрытничаете» и т. д. Хотя слово сопротивление — обычное слово, но это также и технический термин, и я стараюсь избегать его использования.

3. Во время первых сессий я спрашиваю пациента, как он чувствовал себя, когда описывал какое-то событие на сессии. Я делаю это для того, чтобы он приучался привносить свои эмоции и телесные реакции в свои ассоциации. Подобным же образом я спрашиваю его, что он представлял себе, когда выполнял определенную деятельность, для того, чтобы он осознавал важность своей фантазийной жизни.

Три процедуры, описанные выше, имеют общую цель — способствовать развитию рабочего альянса между разумным Эго пациента и анализирующим Эго аналитика. Это будет описано более детально и с различных точек зрения в главе 3 и во втором томе.

2.662. СОПРОТИВЛЕНИЕ СОПРОТИВЛЕНИЮ

В клинической практике часты случаи, когда «данное» сопротивление в действительности не состоит из одной-единственной силы, противостоящей какому-то содержанию. На самом деле сопротивление может состоять более чем из одной противодействующей силы и располагаться в различных слоях. Кроме того, то, что является сопротивлением в одном случае, может быть тем, что отвращается в другом случае, поскольку сопротивление является относительной концепцией (см. раздел 2.41). Например, пациент говорит о незначительных вещах, потому что стыдится молчания, стыдится признаться в том, что ему нечего сказать. Пациент избегает дважды: убегая от чего-то, что заставляет его молчать, и прикрывая это молчание, рассказывая о незначительном.

В данном случае он относится к молчанию так, как будто это запретный импульс. Мы называем такую ситуацию сопротивлением сопротивлению (Breuer and Freud, 1893–1895, p. 279; Fenichel, 1941, p. 62).

Использование пациентом рассказа о чем-то незначительном является более поверхностным сопротивлением, и с ним надо работать в первую очередь. Нашей первой задачей должно быть определение того, почему пациенту стыдно молчать. Только после этого мы сможем перейти к анализу причин нижележащего молчания. Одной из типичных причин данной разновидности сопротивления сопротивлению является желание пациента быть «хорошим» пациентом, то есть любимым пациентом. Пациент находится под ошибочным впечатлением, что у «хороших» пациентов нет сопротивления. Таким образом, молчание, которое он защищает, действительно имеет связь с инстинктами. Это часто случается в начале анализа. Другие пациенты стыдятся или боятся быть рассерженными или сексуальными и т. д., они пытаются прикрыть молчание, которое может свидетельствовать о лежащих в его основе эмоциях.

Другой частой причиной сопротивления сопротивлению является реакция на новый болезненный инсайт. Пациент может пытаться скрыть свой гнев или тревогу по поводу нового открытия путем крайне энергичных поисков подтверждающих доказательств, для того чтобы не допустить дальнейшие интерпретации.

> Например, в начале анализа я впервые указал пациенту на его конкурентные чувства сиблингового соперничества по отношению к коллегам на работе. Он отреагировал, сразу согласившись со мной, и быстро нашел несколько других примеров из своей сегодняшней и прошлой жизни. На следующей сессии он, однако, после недолгого потока подтверждающей информации впал в молчание. Он казался взволнованным своим молчанием, и при исследовании этого волнения я обнаружил, что он отчаянно пытался найти материал, чтобы скрыть, что он возмущен и напуган моей интерпретацией. Он возмущен моей интерпретацией потому, что мое знание об этом может заставить его утратить фантазию о том, что он — мой любимый пациент. Он пытался скрыть свое желание быть моим любимым пациентом, быстро погрузившись в болезненный материал, так, будто ему были не важны мои реакции.

Рассмотрев ситуацию сопротивления этого пациента, мы увидим, что она структурирована следующим образом: новый инсайт вызвал боль, возмущение и тревогу по отношению ко мне. Пациент боится показать свой гнев мне, так как это означает утратить позицию любимого пациента. Он пытается отодвинуть свою враждебность и ищет материал реактивным, контрфобическим способом, так, как будто говорит: «Не важно, что вы узнаете обо

мне, все, что вы найдете, будет только хорошим рабочим материалом». Однако новый материал иссякает, потому что скрытое возмущение требует разрядки и нуждается в том, чтобы его услышали. Пациент также чувствует себя виноватым за попытку ввести меня в заблуждение, и молчание также является формой самонаказания.

Я обнаружил, что обычно пациенты скрывают свои сопротивления по двум главным причинам: (1) Они стыдятся или боятся выказать состояние сопротивления. Сопротивление означает дефект, который приведет к потере любви или к наказанию. (2) Они боятся выявления продуцирующей сопротивление ситуации — обычно для того, чтобы избежать материала, который, как они чувствуют, может привести к враждебной реакции переноса. Это те пациенты, которые боятся рассердиться. Они часто стараются прикрыть свой гнев противоположными чувствами — заискиванием и покорностью. Хорошими примерами являются кандидаты в обучении, которые часто стараются избегать упоминания о заседании, на котором я допустил какую-нибудь ошибку, и будут говорить только о том, с чем они согласны, опуская все остальное.

Могут быть даже более сложные констелляции сопротивлений сопротивлениям и различным содержаниям. Позвольте мне привести в качестве клинического примера одну из аналитических сессий.

> Пациент начал сессию, повторяя довольно легкомысленно, что его трехлетняя дочь заболела, но он не хочет говорить об этом, так как не хочет впадать в депрессию. Далее он продолжал болтовню, касающуюся безобидных повседневных занятий. Поскольку он не проявлял намерения вернуться к болезни ребенка, я прервал его, сказав: «Почему вам следует избегать разговора о болезни вашей девочки?» Он раздраженно ответил: «Почему вы не оставите меня в покое — почему вы продолжаете подталкивать меня?» — и т. д. Я молчал. Постепенно он начал рассказывать о болезни своей дочери, о том, что они вызвали консультанта, который сказал, что ей, вероятно, требуется хирургическое вмешательство; как он испугался этого, как он боится, что она может умереть. Он корчился на кушетке, как от боли. Слезы текли по его щекам, он даже не пытался вытереть их. Я сохранял спокойствие. Пациент замолчал на мгновение и крикнул: «Я хочу быть мертвым. Мне следовало бы убить себя». Молчание. В этот момент я вмешался и сказал: «Я могу понять ваши переживания в отношении ребенка, но почему же вы так ненавидите себя?» После этого пациент рассказал, каким виноватым он чувствует себя по отношению к маленькой девочке: она фрустрирует его, любя больше свою мать; она разочаровывает его из-за того, что она — не мальчик; он пренебрегает ею; и все это он делал, он заслуживает смерти... пауза... «Но никто не проклинает меня».

Сделав обзор этой сессии, мы можем увидеть, насколько сложны сопротивления: легкомысленное избегание темы, вызывающей депрессию; гнев по отношению ко мне за подталкивание; страхи за ребенка, прикрывающие вину по отношению к ребенку, покрывающую возмущение по отношению к ребенку, прикрывающую его идентификацию с нежеланным ребенком, которая заканчивается упреком мне. Эта сессия иллюстрирует, как разнообразные сопротивления используются против различных содержаний и как одно содержание может использоваться, чтобы отвратить еще более глубоко лежащее содержание. Концепция проработки касается не только вскрытия тех же самых сопротивлений в различных ситуациях или в другое время в другом месте, но также и вскрытия большого разнообразия сопротивлений, которые используются для того, чтобы отвратить данное влечение или воспоминание, или переживание и т. д. Это будет рассмотрено более детально во втором томе.

2.663. СЕКРЕТ

Нашей обычной задачей в анализе является вскрытие бессознательных секретов; пациент не осознает воспоминаний, которые он хранит скрытыми; они также являются секретом для сознательного Эго. Хотя он может иметь бессознательные и сознательные сопротивления нашим исследованиям, он обычно находится на стороне аналитической работы, по меньшей мере сознательно. Но случается и так, что пациент будет сознательно скрывать определенный материал от аналитика. В большинстве случаев это сознательное, преднамеренное утаивание проходит быстро и обычно преодолевается самим пациентом — он сознается в своем секрете. Очень часто это происходит в течение одной сессии. Но бывают и такие пациенты, которые хранят секрет в течение длительного времени и не могут преодолеть это осознанное сопротивление без нашей помощи. Следует обсудить некоторые специальные проблемы, которые нужны для анализа секрета, потому что, если секрет не поддается анализу или если с ним неправильно обращаться, то он может подвергать опасности анализ в целом. Студентам следует ознакомиться с работой Альфреда Гросса по этой теме (Gross, 1951).

Существует несколько основных принципов, которые следует выделить в аналитическом методе работы с секретом. Прежде всего, не может быть и речи ни о какой уступке по отношению к тому, что нам следует анализировать все важнейшие психические события, происходящие в пациенте. Секрет уже по самой своей природе является важным психическим событием и должен анализироваться. Никакого компромисса по этому пункту быть не может. Фрейд (Freud, 1913, p. 135–136) выражает это мнение очень ясно, когда

объясняет, что если психоаналитик позволит существовать секрету любого рода, все табуированные воспоминания, мысли и влечения будут скрыты в этом убежище и ускользнут от анализа. Он сравнивает это с тем, что произошло бы в деревне, если бы полиция допустила существование такого места, где бы она не осуществляла свой контроль. Все отбросы общества собрались бы там и, следовательно, избежали бы обнаружения. Фрейд приводит свой личный опыт, когда он пытался анализировать пациента, занимающего высокий государственный пост, которому он позволил сохранить государственные секреты от анализа. В таких условиях было невозможно провести полный анализ. Многие пациенты пытаются найти предлог для сохранения определенных фактов в секрете. Они будут заявлять, например, что не могут называть имен, так как это неблагоразумно, неправильно вовлекать невинных людей и т. д. Малейшая уступка секрету по любой причине несовместима с аналитической ситуацией. Один секрет, который позволено сохранить, означает конец эффективного анализа.

Я могу подтвердить находки и выводы Фрейда и привести свои воспоминания о временах Второй мировой войны. Я был начальником секции в госпитале военно-воздушных сил, где мне по долгу службы пришлось заниматься лечением группы офицеров и штатских, которые совершили побег из вражеского лагеря для военнопленных. Эти люди, однако, были проинструктированы Вашингтоном о неразглашении кому бы то ни было того, как лагерное подполье помогло им бежать. Это было сделано для защиты тех, кто работал в подполье, чья ценная работа продолжалась. Эти беглецы страдали от различных тревожных состояний и травматических неврозов и отчаянно нуждались в лечении. И все же было невозможно провести эффективную психотерапию с этими людьми, пока они должны были держать определенные данные в секрете. Имена подпольщиков были не так существенны для истории этих людей, как тот факт, что они чувствовали себя обязанными скрывать эту информацию, а это делало лечение недейственным. К счастью, я прибег к помощи психоаналитика, который был начальником психиатрической службы, полковнику Джону Мюррею, который согласовал с Вашингтоном необходимость наличия психиатров в каждом гарнизоне, которые были бы быть посвящены в секретный материал. Пациенты были проинформированы об этом, и только тогда стало действительно возможным проведение эффективной психотерапии.

Наша основная позиция по этому вопросу состоит в том, что не может быть никаких уступок по отношению к секретам — они должны быть проанализированы. Однако важно осознавать, что ошибочно использовать принуждение, угрозы или мольбы, чтобы подвигнуть пациента рассказать свой секрет. Заставлять пациентов отказаться от своих секретов так же неправильно, как и позволять им иметь их. Аналитическая позиция состоит в том, чтобы

пытаться анализировать секреты так же, как мы анализировали бы любую другую форму сопротивления. Мы просто так же непреклонны, как и пациент. Мы можем осознавать, что у пациента есть сознательный секрет, но мы знаем, что существуют бессознательные факторы, которые следует анализировать до того, как пациент сможет выдать секрет. Пациент знает содержание секрета, но он не осознает важных причин, которые делают необходимым сохранять тайну. Психоанализ направляет острие атаки не на сам секрет, а на мотив создания этого секрета.

Давайте рассмотрим конкретную ситуацию. Пациент говорит мне, что существует нечто, чего он не может сказать мне и не скажет. Мой ответ, по сути, будет следующим: «Не рассказывайте мне, в *чем* состоит ваш секрет, но скажите мне, *почему* вы не можете рассказать мне об этом». Другими словами, я занимаюсь мотивом секрета, а не его содержанием. Этот метод сходен с техникой, которую я разбирал в разделе, посвященном анализу мотивов сопротивления. Я бы спросил пациента, какие чувства он испытал бы, если бы рассказал мне об этом секрете. Если он может представить себе, как бы он себя чувствовал после этого, далее я бы спросил его: «Вы представляете себе, как бы я отреагировал на то, что вы мне рассказали?» Другими словами, я бы занимался болезненными аффектами и фантазиями, которые материал секрета вызывает у пациента, включая болезненные фантазии переноса. Затем я бы занялся историей этой болезненной ситуации переноса в его прошлом, то есть «когда это случалось раньше?»

Я хочу привести простой клинический пример того, о чем говорилось выше. Пациентка во время первого полугодия психоанализа сказала мне, что есть определенное слово, которое она просто не может заставить себя произнести. Эта пациентка обычно была очень способной к кооперации, и я мог видеть ее борьбу с собой в связи с произнесением этого слова. Я помолчал некоторое время и затем, когда увидел, что она потерпела поражение в своих попытках сообщить это слово, спросил ее: «Как бы вы чувствовали себя, если бы сказали это слово?» Она ответила, что чувствовала бы себя опустошенной, раздавленной. Она бы чувствовала себя как гусеница под камнем, как насекомое, грязное, маленькое, безобразное насекомое. Мне не пришлось поднимать вопрос о ее трансферентной фантазии, так как она самопроизвольно сделала это. «Я бы внушала вам отвращение, вы бы ненавидели меня, вы были бы шокированы и попросили бы меня уйти». Я молчал. Пациентка продолжала: «Это смешно. Вы бы ничего этого не сделали... Но именно так я это чувствую. Я реагирую так, будто это слово выводит вас из душевного равновесия». Я ничего не сказал. Пациентка продолжала рассказывать мне о том, как она в первый раз произнесла это слово дома. Они обедали вдвоем с матерью, и она сказала это слово

играя, дразнясь. Ее мать была шокирована и выразила свое отвращение. Она приказала своей девятилетней дочери выйти из-за стола и велела ей вымыть рот с мылом. Пациентка чувствовала, что это слово «грязное», но была поражена реакцией матери. В этот момент пациентка смогла сказать мне секретное слово, это было неприличное слово «трахаться».

Хотя пациентка с этого момента была способна использовать в анализе слово «трахаться», данное выше клиническое описание не завершило анализ ее секрета. Тот факт, что это слово было сказано матери, играя и дразнясь, также имеет важные коннотации. Слово «трахаться» было также ассоциировано со многими другими оральными и анальными сексуальными и садистскими фантазиями (Stone, 1954a). Однако с этого момента слово «трахаться» перестало быть сознательным секретом, мы начали исследовать бессознательные факторы, которые делали его настолько отвратительным.

Такой ход событий в известной степени типичен. Когда аналитик проанализирует мотив секрета, включая трансферентные фантазии и болезненные аффекты, пациент обычно будет в состоянии поведать свой секрет. Но на этом не кончаются технические проблемы, связанные с анализом секретов. Секрет — это нечто интимное и важное для пациента, неважно, что часто он может показаться тривиальным, если вытащить его на свет дня. Для пациента рассказать аналитику секрет означает показать что-то чрезвычайно личное и ценное. К этой информации следует подходить с уважением и деликатностью, но аналитик тем не менее должен заниматься ее анализом.

После того как секрет выявлен, возможны два пути. Выбор одного из них будет зависеть от реакций пациента. Мы можем исследовать либо реакции пациента на то, что секрет раскрыт, либо содержание секрета. Очень часто эти два направления пересекаются.

Позвольте мне продолжить рассказ о женщине, которая не могла сказать слово «трахаться». В конце концов она смогла, как я описал это выше, произнести это слово, после того, как мы проделали определенную работу над ее чувством смущения. После того как она сказала это слово, она замолчала. Я отметил ее молчание и спросил ее о нем. Теперь она реагировала на то, что сказала «грязное» слово. Она чувствовала себя так, как будто была в туалете в моем присутствии, как будто я видел, как она испражняется. Другими словами, выдать секрет означало осуществить дефекацию передо мной.

Для нее борьба с секретом была эквивалентна ее борьбе по сокрытию ее туалетной деятельности. Она не была чрезмерно щепетильна при обсуждении своей сексуальной активности, но чрезвычайно стеснялась говорить о туалете, особенно об анальном поведении.

Ее мать была очень строга в вопросах приучения к туалету, и у ребенка сложилось впечатление, что все выделительные функции безобразны и их следует держать в секрете — иначе она будет вызывать отвращение и будет отвергнута. Это было особенно верно в отношении туалетных звуков, которые были наиболее оскорбительны для нее. Для нее раскрыть мне секрет было равнозначно тому, чтобы с шумом выпустить газы передо мной — наиболее болезненная ситуация для пациентки.

Дальнейший анализ ее секрета произошел через несколько дней, и в действительности мы к нему возвращались много раз в течение следующих нескольких лет. Я имею здесь в виду анализ содержания — в данном случае анализ того, что слово «трахаться» означало для нее. «Трахаться» было ее детской сексуальной теорией — это был эдипов секс, анальный секс и оральный секс. Это были звуки и запахи полового акта родителей, родительской туалетной деятельности, это было ощущение сосания ребенком материнской груди. Это также включало примитивный агрессивный компонент на всех этих уровнях (Stone, 1954a; Ferenczi, 1911).

Анализ секрета весьма продуктивен, хотя и труден для работы. В целом секреты связаны с выделениями. Они всегда имеют анальную или уретральную коннотацию и считаются постыдными и вызывающими отвращение или же, напротив, — тем, что очень ценно, что следует хранить и защищать. Секреты также связаны с сексуальной деятельностью родителей, которую пациент теперь повторяет через идентификацию и воспроизводит в отместку в ситуации переноса. Помимо этого, тайна и признание всегда связаны с проблемами эксгибиционизма, скопофилии и поддразнивания. Секрет неизбежно проявляется в ситуации переноса как особая форма сопротивления.

Раздел об особых формах сопротивления должен быть прерван в этом месте по нескольким причинам. Некоторые особые проблемы техники слишком сложны, чтобы их обсуждать в начале книги, ими мы займемся позже. Я имею в виду анализ отыгрывания, сопротивления характера и молчания пациента, а также все те сопротивления, которые осложнены активностью, содержащей важное удовлетворение Ид, то есть определенные мазохистские сопротивления, покрывающие сопротивления и сопротивление, называемое «вязкость либидо».

Другие специальные формы сопротивлений будут обсуждаться в разделе 3.8, посвященном сопротивлениям переноса, потому что элемент переноса имеет решающее значение. В связи с интерпретацией я буду обсуждать сопротивления, последовавшие за неправильной дозировкой, несвоевременностью или нетактичностью интерпретации, а также сопротивления, предшествующие и следующие за отпуском, а также после социального контакта аналитика и пациента и т. д. (см. второй том).

2.67. Отклонения в технике

Обсуждая основную процедуру, как и некоторые специальные проблемы техники анализа сопротивления, мне кажется полезным сопоставить ее с двумя подходами, отклоняющимися от классического психоанализа. Мелани Кляйн и Франц Александер являются лидерами двух школ психоанализа, которые весьма резко отличаются по отдельным вопросам от классической позиции как в теории, так и на практике, в технике. Хотя эта книга посвящена главным образом так называемой классической психоаналитической технике, краткое описание этих двух отличающихся, но важных подходов может послужить прояснению некоторых существенных моментов. Обе эти школы внесли ценный вклад в психоанализ, хотя они также были и источниками острой дискуссии. В связи с этим студентам следует ознакомиться с их основными работами (Klein, 1932; Klein et al., 1952, 1955; Alexander et al., 1946). Здесь я могу предложить лишь краткое изложение их взглядов на анализ сопротивления.

Прежде всего, поразительно, что термин «сопротивление» совершенно отсутствует в предметном указателе первых двух книг Кляйн, названных выше, и встречается лишь дважды в третьей. Однако, читая различные клинические примеры, можно установить, что Кляйн и ее последователи все-таки признают, что временами их пациенты находятся в оппозиции к аналитической процедуре. Но с этими клиническими находками они не работают так, как я описывал это на предыдущих страницах. Не делаются попытки сформировать рабочий или терапевтический альянс с разумным Эго пациента, чтобы дать ему возможность осознать и понять мотивы или форму, или историю его сопротивления (Zetzel, 1956). Все сопротивления *немедленно* интерпретируются в терминах, лежащих в их основе инстинктивных импульсов, которые аналитик переводит в специфические и детализированные фантазии, даже если они касаются довербального периода жизни. Клинические данные для их аналитических интерпретаций, на мой взгляд, довольно скудны, они редко представляют детальный материал случая, и интерпретации поразительно похожи для разных пациентов. Создается впечатление, что индивидуальная история пациента имеет небольшое влияние на развитие личности и невроза.

Я процитирую в качестве примера клинический материал из работы Торнера (1957, р. 286–287) в недавнем собрании работ кляйнианских аналитиков. Он описывает пациента с экзаменационной тревожностью и другими симптомами, который рассказывает сновидение: красные пауки вползают и выползают из его ануса, и врач, который осматривает его,

говорит, что он не в состоянии увидеть ничего плохого у него, на что пациент отвечает: «Доктор, вы можете ничего не видеть, но все равно они там». Аналитик, кляйнианец, работая с этим сновидением, интерпретирует его следующим образом: пациент чувствует, что его преследуют плохие внутренние объекты. Аналитик затем сообщает, что пациент принял эту интерпретацию с большим облегчением, после чего он дал аналитику «свежие инфантильные воспоминания», которые свидетельствовали о «хороших и помогающих объектах».

Опасно интерпретировать материал пациента, которого не знаешь, но один очевидный элемент сопротивления кажется ясным, а именно, что есть доктор, который не может увидеть ничего плохого у своего пациента, и пациент жалуется на это. Этот аспект сновидения проигнорирован. Возможно, было бы более правильно сказать, что здесь аналитик ушел от работы с сопротивлением путем погружения внутрь. Аналитик в этой ситуации пользуется кляйнианским клише об интерпретации «преследования» «плохими внутренними объектами». Здесь нет попытки рассмотреть текущие отношения пациента к аналитику или переживаний личного прошлого опыта, связанного с анальными обследованиями, некомпетентными врачами, красными пауками и т. п. Индивидуальными переживаниями пациента пренебрегают. Более того, аналитик, похоже, и не рассматривает готовность пациента встать лицом к лицу с инстинктивным содержанием; кажется, что не уделено никакого внимания проблемам дозировки или своевременности. Интерпретации наиболее примитивных инфантильных компонентов влечений или интроекций делаются с самого начала анализа. Похоже, кляйнианцы работают со своими пациентами способом, который является карикатурой на техническое правило превращения бессознательного в сознательное. Они не рассматривают проблему присутствия или отсутствия разумного Эго пациента. Они делают одну интерпретацию содержания за другой, направленные, видимо, на какой-то компьютероподобный интеллект со стереотипным Ид.

Я участвовал в семинаре, посвященном вкладу Мелани Кляйн в психоанализ, под руководством Элизабет Цетцель на Зимнем собрании Американской психоаналитической ассоциации в декабре 1962 года. На семинаре было около двадцати аналитиков почти из всех штатов с различной подготовкой, интересами и опытом. Все соглашались, что Мелани Кляйн и ее последователи внесли ценный вклад в наше понимание ранних объектных отношений, самых ранних разновидностей ненависти и агрессии и особых форм примитивной враждебности. Было также общее согласие и в том, что последователи М. Кляйн игнорируют работу с сопротивлениями как таковыми, пренебрегают рабочим альянсом, не-

дооценивают личную историю пациента и рассматривают как универсальные детализированные, сложные фантазии довербального периода развития.

Александер и его последователи, как мне кажется, ударились в другую крайность. В то время как последователи Кляйн с самого начала анализа интерпретируют инфантильные инстинктивные влечения, которые стоят за сопротивлениями, школа Александера пытается работать с сопротивлениями с помощью различных манипуляций. Похоже, их целью является помочь пациентам *избежать* сопротивлений, прежде всего регрессии, которую они считают слишком изнурительной. Александер отстаивает манипуляцию частотой интервью, для того чтобы предотвратить слишком сильную регрессивную зависимость пациента, и, бывало, сокращал частоту встреч с пациентом до двух или даже до одной в неделю. Он считал, что аналитику следует предотвращать тенденцию пациента «погружаться в безопасный, комфортный невроз переноса» (Alexander et al., 1946, p. 33). Александер полагает, что когда пациент повторяет материал, который он привносил много раз ранее, стоит прервать лечение с тем, чтобы пациент «узнал, какие свои прежние затруднения он все еще сохраняет...» (p. 36). Более того, Александер полагает, что аналитику «следует поощрять пациента (или даже требовать от него) делать те вещи, которые он избегал в прошлом, и осуществлять эксперимент в той области деятельности, где ранее он потерпел неудачу» (p. 41).

Френч, сотрудник Александера, ясно определяет свои взгляды на работу с сопротивлениями, предостерегая от слишком большой веры в инсайт. Я процитирую отрывок из параграфа об обращении с враждебными импульсами: «Часто можно подойти к проблеме, вызвавшей враждебные импульсы, даже не затрагивая их. Зачастую можно элиминировать эти враждебные импульсы без того, чтобы прямо привлекать внимание пациента к ним, а просто помогая пациенту найти решение нижележащей проблемы» (Alexander et al., 1946, p. 131).

Очевидно, что эти методы обращения с сопротивлением, к которым призывают Александер и его последователи, не могут считаться психоаналитическими. Они, в сущности, манипулятивны и антианалитичны. Пациент не учится осознавать и понимать свои сопротивления. В этих методах инсайт не рассматривается как главное средство преодоления сопротивлений, нет попытки изменить структуру Эго. Всемогущий аналитик решает, с какими сопротивлениями пациент может иметь дело и каких он должен постоянно избегать. Это может быть эффективной симптоматической психотерапией, но это, конечно же, не психоанализ.

2.7. Технические правила работы с сопротивлениями

Здесь, я полагаю, мы можем более подробно остановиться на общих принципах, которыми мы руководствуемся в наших технических процедурах. Это не означает, что данные правила являются предписаниями или законами, скорее это опорные точки, которые определяют основное направление. Все правила должны использоваться гибко, то есть подходить пациенту, аналитику и ситуации. Любое техническое средство ценно только в том случае, если аналитик понимает клиническую проблему, способности пациента и цель, которую он пытается достигнуть. Можно достичь той же самой цели, идя более длинной дорогой, в обход, но во время длительного путешествия важно держать в уме «карту дорог», которая показывает местность, топографию, препятствия и т. д. Следующие правила и представляют собой такие путеводные указания. Они имеют практическую ценность, когда кто-то чувствует себя потерянным или неуверенно. Фрейд называл эти правила «рекомендациями», он не требовал никакого безусловного их принятия. Он чувствовал, что существует такое разнообразие психических констелляций и такое богатство определяющих факторов, что любая механизация психоаналитической техники ведет к снижению эффективности. Тем не менее он действительно полагал, что определенные процедуры полезны для обычной средней ситуации (Freud, 1913b, p. 123).

2.71. Анализ сопротивления до содержания; анализ Эго до Ид; анализ, берущий начало с поверхности

На ранних этапах развития психоанализа техника была сфокусирована на попытке получить вытесненные воспоминания, задачей было просто сделать бессознательное сознательным. Считалось, что сопротивления можно избежать, делая интерпретации свободных ассоциаций пациента. Однако Фрейд вскоре осознал, что акцент сделан неверно, что терапевтически эффективным является не получение забытых воспоминаний, а преодоление сопротивления. Воспоминания, получаемые при наличии нетронутого сопротивления, неспособны

произвести какие-либо изменения, потому что они по-прежнему подвластны силам сопротивления (Freud, 1913b, p. 141). В 1914 году Фрейд постулировал, что работой аналитика является анализ и интерпретация сопротивления пациента. Если мы преуспеем в этом, пациент будет часто открывать забытые воспоминания и устанавливаться правильные связи (1914c, p. 147).

С осознанием центральной роли сил сопротивления старая топографическая формула о переводе бессознательного в сознательное сменилась динамической формулировкой: мы анализируем сопротивления до содержания (Fenichel, 1941, p. 45). Эта формулировка не противоречит старой, она просто уточняет ее. Перевод бессознательного в сознательное полезен, только если это изменяет динамику невротического конфликта. Нет смысла в раскрытии вытесненного, если при этом будут работать те же самые защитные силы, которые обусловили его вытеснение в первый раз. Изменение вначале должно быть произведено в области сопротивления. Различные процедуры анализа сопротивлений (см. раздел 2.6) имеют своей целью создание благоприятных изменений в силах сопротивления.

Здесь будет полезно привести структурную точку зрения, потому что это сделает нашу терапевтическую задачу более ясной. Наша конечная цель — сделать Эго способным лучше справляться с Ид, Супер-Эго и внешним миром (Freud, 1923b, p. 56—57). В процессе анализа Эго пациента может рассматриваться как имеющее два различных аспекта и функции. Бессознательное, иррациональное Эго является инициатором патогенных защит и рассматривается как переживающее Эго во время лечения. Сознательное, разумное Эго является союзником аналитика и проявляется клинически как наблюдающее Эго пациента во время анализа (Sterba, 1934). Техническое правило, состоящее в том, что аналитику следует анализировать сопротивление до содержания, может быть выражено структурно: аналитику следует анализировать Эго до Ид (Freud, 1933, p. 80; Fenichel, 1941, p. 56). Более точно, вмешательство аналитика имеет целью сделать разумное Эго пациента способным лучше справляться со старыми опасными ситуациями.

В прошлом пациент чувствовал, что эти опасности являются слишком угрожающими, и его иррациональное Эго устанавливало патогенные защиты, что выливалось в невротические симптомы. В аналитической ситуации с помощью рабочего альянса и посредством соответствующей последовательности интерпретаций мы ожидаем, что разумное Эго пациента расширит свое влияние, так как оно больше узнает о том, как оно может действовать в настоящем по сравнению с прошлым, как оно когда-то оценивало опасность и как теперь оно может переоценить такие опасности и т. д. Работа с наблюдающим Эго пациента и демонстрация неразумности действий его переживающего Эго делает возможным для разумного Эго расширить свой суверенитет. Мы анализируем сопротивление до содержания, или Эго до Ид, так что когда мы интерпретируем

отвращаемое содержание пациенту, он будет иметь дело с ним более адекватным образом, а не просто повторять свои прошлые невротические паттерны.

Для того чтобы прояснить эти формулировки, позвольте мне привести клинический пример.

Пациент, мистер З.[1], молодой мужчина, который проходил анализ уже полтора года, начал сессию с рассказа о следующем сновидении: «Мне снится, что я лежу на огромной кровати. Я совершенно наг. Большая женщина входит и говорит, что она должна искупать меня, и приступает к мытью моего генитального органа. Я чувствую бешенство и стыд, потому что мой генитальный орган не становится эрегированным».

Я молчу, и пациент начинает говорить. Вот основное содержание его ассоциаций: «Женщина во сне выглядит как мать моего хорошего друга, Джона. Она — друг моей семьи, подруга моей матери, но не похожа на мою мать. Она не избалована. Она не была избалованным ребенком, как моя мать. Мне нравилась эта женщина. Я часто хотел иметь такую мать... (пауза)... У меня было свидание в выходные, и мы предавались сексуальной игре (пауза)... Она замужем. И она проявляла свою волю; в действительности она была агрессором. Женщины, которые так ведут себя, похожи на проституток. У них нет никакого чувства любви, они интересуются только сексом. Они хотят, чтобы их обслуживали. Все в этом разговоре заставляет меня чувствовать себя очень некомфортно... (пауза)».

Я думаю, что мы, прежде всего, имеем дело с ситуацией, в которой мистер З. борется с выражением и сокрытием определенных инфантильных сексуальных желаний и страхов. Явное содержание сновидения, а также ассоциации демонстрируют, что этот материал касается пациента — маленького мальчика, лежащего на большой кровати и имеющего детское желание, состоящее в том, чтобы мать ласкала его пенис. Но здесь есть также гнев и стыд, потому что его пенис не такой впечатляющий, как пенис его отца. Он обижается на тех женщин, которые предпочитают большие пенисы, но он также хочет, чтобы играли с его пенисом. Теперь все в этом содержании ясно, но было бы неправильно интерпретировать его пациенту, потому что также очевидно, что у мистера З. есть сильные тенденции бежать от всего этого, скрывать, прикрывать это. Заметьте, как неестественен его язык, как он уклончив, стерилен. «Я был совершенно наг». Женщина принимается мыть «мой генитальный орган». «Мой генитальный орган не становится эрегированным». «Мы предавались сексуальной игре». Затем откровенное признание: «Все в этом разговоре заставляет меня чувствовать себя очень некомфортно».

[1] См. 2.52 и 2.54.

В такой ситуации, когда некоторое вытесненное содержание выступает вперед, но когда также налицо значительное сопротивление, я полагаю, было бы бессмысленно продолжать заниматься отвращаемым содержанием до того, как я проанализирую и частично проработаю некоторые из сопротивлений пациента. Если я попытаюсь указать, к смущению мистера З., что он, кажется, хочет, чтобы какая-то материнская фигура ласкала его пенис, он бы злобно обвинил меня в том, что я похотливый старик, или, возможно, совсем замолчал бы. Я совершенно уверен в этом, потому что в других случаях у него были такие реакции, даже после того, как я пытался работать над его сопротивлениями.

Поэтому я решил работать прежде всего над сопротивлениями, и только после того, как я увижу в них признаки изменения, я попытаюсь конфронтировать его с содержанием. Я говорю ему, когда он умолкает: «Вы, кажется, смущаетесь сегодня, когда пытаетесь рассказать мне о своих сексуальных переживаниях. Даже Ваш язык становится неестественным. (Я сказал «сегодня», потому что были случаи, когда он был способен более прямо говорить о сексуальных вопросах, и таким способом я напоминаю ему об этом.) На это мистер З. ответил: «Да, что пользы быть грубым (пауза)... Я не знаю, какой язык использовать здесь. Мне очень хочется знать, как бы вы реагировали, если бы я говорил первые пришедшие в голову слова. Как только я сказал это, я понял, что это как раз то, чего вы, возможно, хотели (пауза)... Да, не вы неодобрительно относитесь к этому, я сам; я не одобряю вульгарный язык... (пауза). Сновидение было так живо, чувства во сне были так сильны... Я чувствовал себя так по-детски».

В этот момент я чувствовал, что пациент успешно работает над некоторыми аспектами сопротивления переноса; он понимает, что он проецирует свои чувства осуждения на меня и что такие чувства осуждения неуместны. Мы могли заниматься этим сопротивлением дальше, но в это время он, казалось, был готов заняться содержанием сновидения, потому что он самопроизвольно вернулся к чувствам во сне. Поэтому я осуществил следующее вмешательство: «Вы рассердились и почувствовали стыд, но как вы чувствовали себя во сне, когда женщина начала ласкать ваш пенис?»

Здесь следует отметить, что я иду дальше пациента. Я не использую его неестественный язык, я пользуюсь повседневным языком, и я говорю откровенным тоном. Я говорю о женщине, которая ласкает его пенис, а не моет его. Сначала пациент отвечает молчанием. Потом он говорит: «Да, сначала мне понравилось это» (пауза). Затем он продолжает, что во время свидания женщина делала «это»... она действительно играла с его пенисом. Но он хочет заверить меня, что она была агрессором, а не он. Однако он должен согласиться, что ему нравилось это; на самом деле ему это нравилось чрезвычайно; если уж допускать это, он предпочитает такой вид сексуального наслаждения всем

остальным. Но так или иначе он чувствует, что это неправильно (пауза)... Женщина была замужем. Ее муж был большим руководителем. Ему доставляло удовольствие обманывать ее мужа, но в действительности обмана не было, поскольку они расстались. «Это было не реальной победой, а лишь ложной. Это так же, как в моей работе; я выгляжу так, как будто упорно работаю, но это не настоящая работа, и я в действительности работаю не столь уж усердно. Это как и в остальном — я ничего не хочу делать, я хочу, чтобы мне что-нибудь давали. Я все время притворяюсь активным и упорно работающим, но в действительности я хочу, чтобы кто-нибудь дал мне что-нибудь».

Пациент, казалось, работает хорошо, его сопротивление исчезло на время. И в этот момент я осуществляю следующее вмешательство. Я говорю, что мне кажется, он наслаждается чувством, что ему дает сексуальное наслаждение большая женщина, и хотя он наслаждается этим, он одновременно и стыдится этого, потому что он чувствует себя маленьким мальчиком. На это пациент ответил, что да, во сне кровать была такая большая, она была огромная, он должен был быть по сравнению с ней очень маленьким. Пауза, и затем он говорит: «Должно быть, вы думаете, что это касается моей матери? Фу. Действительно, девушка, с которой у меня было свидание, была того же сорта, с такими же мощными бедрами, которые я находил отталкивающими у своей матери».

Этот клинический пример иллюстрирует то, что, начав работу с сопротивления, аналитик может выполнить часть подлинно аналитической работы с пациентом. Я полагаю, что если бы я, избегая сопротивления, перешел прямо к содержанию, то последовало бы либо сердитое отрицание, либо интеллектуальное обсуждение, либо покорность без истинных эмоций и истинного инсайта. Используя этот клинический пример в качестве иллюстрации, позвольте попытаться пересмотреть логическое обоснование технического правила анализа сопротивления до содержания.

Для того чтобы интерпретация или конфронтация была эффективной, мы должны быть уверены в том, что пациент может воспринять и понять интерпретацию или конфронтацию. Следовательно, мы должны быть уверены в том, что разумное Эго пациента доступно. Мы анализируем сопротивления в первую очередь, потому что сопротивления будут мешать формированию разумного Эго пациента. Более точно: смущенный пациент имеет ограниченное разумное Эго. Если я конфронтирую его с содержанием, которое смущает его, он потеряет даже эту ограниченную разумность. Я должен работать в области, в которой он может использовать свое лимитированное разумное Эго. Я отмечаю, что он чувствует смущение, и это очевидно и доступно для его разумного Эго: это замечание не заставляет его бежать, и пациент может вынести его. Я интересуюсь, что его заставляет смущаться сегодня, косвенно напомнив ему, что он не всегда смущается. Сначала он отчаянно защищается,

говоря, что нет смысла быть грубым и что ему хотелось бы знать, как я отреагирую на это. Его разумное Эго, не чувствуя себя изолированным и одиноким, делает большой шаг вперед, расширяя свои границы, и он становится способен осознать, что это не я не одобрил бы его, а он сам. Затем он осознает, что его реакция неуместна, он смотрит на свое поведение аналитически и формирует временную и частичную идентификацию со мной, а также рабочий альянс по отношению к своему сопротивлению. Я отмечаю кое-что в его поведении, за чем он может следовать и что он может понимать, идя далее вместе со мной. По мере того как он формирует со мной этот альянс, его разумное Эго становится сильнее, и теперь он осмеливается посмотреть аналитически на то, что он переживал. Я смог успешно расщепить его Эго, которое теперь имеет функции переживания и наблюдения. Затем он становится способен увеличить разумное, наблюдающее Эго. По этому вопросу заслуживает прочтения блестящая работа Штербы (Sterba, 1934).

Мой смущенный пациент стал бы сердиться или отдалился и перестал работать, если бы я начал анализ с тревожащих содержаний его сновидения и ассоциаций. Я же начал с того, что было доступно для его сознательного Эго, с того, что он был больше готов принять как свои собственные чувства. Сошлюсь на другую, топографическую формулировку: я начинаю с поверхности (Freud, 1905a, p. 12; Fenichel, 1941, p. 44). Я воззвал к его разуму, и он признал, что он смущен. После этого рабочий альянс со мной был достигнут, и он сам смог проанализировать неуместную реакцию переноса по отношению ко мне. Если бы он не сделал этого, я бы интерпретировал это для него сам. Теперь у пациента было сильное разумное Эго для работы, и я мог осмелиться приблизиться к этому болезненному отвращаемому материалу.

Я решил работать над его *желанием*, чтобы большая женщина ласкала его, потому что его мастурбационные фантазии все еще были большим источником вины, и он предпринимал несколько несмелых попыток работать над этим ранее. Я чувствовал, что если я смогу помочь ему осознать инфантильную природу его сексуальных желаний, он сможет лучше понять свою вину, импотенцию и стыд. Я спросил, как он чувствовал себя, когда женщина начала ласкать его пенис, потому что он явно не включил этот аспект в рассказ о сновидении и не показал сексуальных реакций на то, что эта женщина ласкала его таким образом. Вмешательство было очень продуктивным, так как он снова боролся с сопротивлением и в конце концов осознал, что он предпочитал это пассивное сексуальное удовольствие всем остальным.

Я почувствовал, что он, вероятно, готов к конфронтации с тем фактом, что это было инфантильным, то есть инцестуозным желанием, поэтому я вел его в этом направлении, отметив, что эта деятельность заставляла его испытывать чувство стыда, потому что она заставляла его чувствовать себя маленьким мальчиком, которому дает сексуальное удовольствие большая

женщина. Он подхватил это и боролся с этим. Он признал, что ему нравилось обманывать мужей, осознал, что это была ложная победа, а затем осмелился подумать, что это могла бы быть его мать, вначале сказав: «Вы должны были бы подумать так...» Затем, в конце концов, он принял и подтвердил это. По мере продолжения сессии его маленькое разумное Эго расширилось и обрело способность успешно бороться со всеми видами сопротивления! Можно было наблюдать, как в течение часа шла его битва с сопротивлениями. Если они усиливались и останавливали в росте разумное Эго, это означало, что следует работать дальше над сопротивлениями и отложить работу над содержанием.

Следующие правила техники являются основными: анализировать сопротивление до содержания, Эго до Ид, начинать с поверхности. Работа с содержанием может быть более интересной, более блестящей, чем кропотливая работа с сопротивлениями. Но если сопротивления Эго не анализируются, аналитическая работа приходит к застою. Пациент закончит анализ или будет деструктивно регрессировать, или же анализ станет интеллектуальной игрой или скрытым удовлетворением переноса.

Правило анализа сопротивления до содержания *не должно* быть понято так, что мы анализируем сопротивление отдельно или подходим к нему в первую очередь и что мы совершенно избегаем содержания, пока работа с сопротивлением не будет завершена. В действительности не всегда есть четкая дихотомия между сопротивлением и содержанием. В различных примерах я дал много иллюстраций того, как сопротивление становится содержанием, после чего данное содержание используется как сопротивление. Более того, анализ каждого сопротивления ведет к его истории, которая является содержанием. Наконец, мы можем использовать какое-то содержание для того, чтобы помочь выявить сопротивление. Основное техническое правило означает, что интерпретация содержания не станет эффективной до тех пор, пока значимые сопротивления не будут проанализированы в достаточной степени. Последний пример со смущенным пациентом ясно иллюстрирует это. Он не мог работать с материалом, пока в достаточной мере не преодолел сопротивление переноса. Позвольте мне теперь привести пример, иллюстрирующий использование содержания в качестве вспомогательного средства при анализе сопротивления.

> Пациентка, миссис К.[1], на четвертом году анализа начинает сессию, рассказывая мне следующие сновидения: (1) «Я фотографируюсь голой, лежа на спине в различных положениях: ноги сомкнуты, ноги врозь». (2) «Я вижу мужчину с кривой линейкой в руке; на ней написано что-то,

---

[1] См. 1.24 и 2.651.

что считается эротичным. Красный, покрытый со спины иглами маленький монстр кусает[1] этого мужчину крохотными острыми зубками. Человек звонит в колокольчик, чтобы позвать на помощь, но никто не слышит его, кроме меня, а мне, по всей видимости, это безразлично».

Позвольте мне добавить здесь, что эта пациентка работала во время нескольких последних сессий над проблемой страха гомосексуальных импульсов, которые она связывала со своей клиторальной сексуальностью, противопоставляя ее своей вагинальной сексуальности. Теперь, когда она получила возможность испытывать вагинальный оргазм, она осмелилась идти дальше. Более того, она никогда по-настоящему не чувствовала зависти к пенису и только недавно осознала, что ее установка — «я рада, что я девушка, я потерпела бы неудачу, будучи мужчиной» — была защитой против глубоко спрятанной и до сих пор не затрагивавшейся враждебности к пенису. Если мы знаем все это, для нас будет очевидно, что явное содержание сновидения является продолжением этих тем. Фотографирование в обнаженном виде относится к проблемам разоблачения отсутствия пениса. Мужчина с линейкой, которого она игнорирует, видимо, представляет собой ее аналитика. Красный монстр, с которым он сражается, может представлять собой проекцию ее чувств, связанных с мужскими гениталиями, или же месть за эти чувства.

Пациентка начинает говорить каким-то печальным, пустым тоном. Она перечисляет мероприятия, запланированные для вечера, который она устраивает для своей двухлетней дочери. Она надеется, что дочка получит удовольствие и не будет бояться вечеринок, как она боялась ребенком. После этого пациентка вспоминает, как она вышла из дома со своим женихом и обнаружила, что она язвительно нападает[2] на него, упрекая за его декадентское прошлое, за то, что он был волокитой, никудышным человеком. Пауза. Менструация у нее задерживается на один день, и она думает, что она беременна, но кажется, ее это не волнует. Пауза. У нее такое чувство, что внутри у нее что-то не так, внутри что-то омерзительное, что напоминает о чувствах человека из «Имморалиста», который испытывает чувство отвращения из-за туберкулеза жены. Пауза. «Я пошла на скучный вечер и это было ужасно (молчание). Я хочу, чтобы вы сказали что-нибудь. Я чувствую пустоту. Я очень рассердилась на свою малышку и ударила ее, и тогда она стала любящей дочерью (молчание). Я чувствую себя очень отстраненной».

В этот момент я вмешался и сказал: «Вы чувствуете отстраненность и пустоту потому, что вы, кажется, боитесь взглянуть на того

---

[1] Biting (*англ.*) — здесь в значении «кусать» (*Примечание научного редактора*).

[2] Biting (*англ.*) — здесь в значении «язвить», «нападать» (*Примечание научного редактора*).

ненавистного монстра, который находится внутри вас». Пациентка ответила: «Тот монстр был красным, точнее, темного красно-коричневого цвета, как старая менструальная кровь. Это был средневековый дьявол, такой, как на картинах Иеронима Босха. Я сама что-то вроде этого. Если бы я была картиной, именно такой я и была бы, полной всеми видами демонов секса, кишечной перистальтики, гомосексуальности и ненависти. Я думаю, мне не хочется сталкиваться со своей ненавистью к себе, к Биллу, моему ребенку и к вам. Я в действительности не изменилась, а я думала, что был сделан большой прогресс (молчание)».

Я вмешался: «Мы недавно раскрыли нового монстра: ваш гнев на мужские пенисы и ваше отвращение к своей вагине. И вы бежите от этого, пытаясь ускользнуть в пустоту». Пациентка ответила: «Вы кажетесь таким уверенным в себе, как будто вы уже все это разрешили. Может быть, я убегаю. Я читала книгу о мужчине, который давал своей жене коньяк, чтобы, будучи пьяной, она была лучшим сексуальным партнером, и она притворялась пьяной, чтобы суметь высвободить свои реальные чувства. Может быть, и я такая. Я бы в самом деле показала вам, мужчинам, что я действительно могу быть сексуальной. У меня иногда бывает такое чувство, что под кроткой внешностью рабыни мне присуща грандиозность. Я бы показала вам, жалким «трахателям», как нужно пользоваться пенисом, если бы он у меня был. Да, когда Билл из кожи вон лез, пытаясь удовлетворить меня однажды ночью, я взглянула на него, а в уме пронеслась мысль о том, кто теперь «прислуга за всё». И та линейка... помню, как однажды я спросила, какой линейкой вы измеряете неврозы? Я терпеть не могу чувствовать себя тупой, а иногда вы и этот анализ делаете меня такой. Я могла бы быть настолько же остроумной, как и вы, если бы осмелилась. Но боюсь, я потеряла бы тогда вас или стала бы вызывать у вас отвращение, и вы бы бросили меня. Я полагаю, мне нужно больше вам доверять. Я не могу ждать от Билла, что он примет все это, — но вы, вероятно, могли бы...»

Я представил на рассмотрение этот фрагмент сессии для того, чтобы продемонстрировать, как я работал с сопротивлением пациентки, привлекая на помощь содержание. Я интерпретировал ей, что она бежит в пустоту, чтобы избежать монстра своей зависти к пенису, своего ненавистного, внутреннего пениса и маскулинной идентификации. Эта формулировка помогла ей признать, что она пыталась отрицать и затем спроецировать этот ненавистный интроект на меня и на своего жениха. Она смогла увидеть его эффект — продуцирование сопротивления — и была в состоянии исследовать его в себе. Прояснение содержания помогло ей в работе с враждебно-депрессивным сопротивлением переноса.

2.72. Пациент определяет тему сессии

Это правило техники является расширением старого правила: начинать каждую интерпретацию с поверхности. Мы пересмотрели топографическую формулировку и выразили ее структурно: мы начинаем наши интерпретации с того, что доступно для сознательного, разумного Эго пациента. Правило, анализа сопротивления до содержания является приложением этой формулировки. Поскольку сопротивления являются продуктом функционирования Эго, они более доступны для разумного Эго, чем материал Ид. Этот аргумент также имеет силу для параллельных формулировок: анализировать защиту прежде, чем вытесненный материал, анализировать Эго до Ид.

Фрейд (1905a, p. 12) сделал техническую рекомендацию в случае Доры: позволять выбирать пациенту тему сессии. В то время он связывал это со своим советом, что мы начинаем аналитическую работу с того, что находится на поверхности разума пациента. Мы не должны навязывать свои интересы или теоретические пристрастия пациенту. Метод свободных ассоциаций также основывается на нашем желании позволить пациенту выбрать тему сессии. Его ассоциации дают нам доступ к тому, что является для пациента живой психической реальностью в данный момент. Его ассоциации раскрывают нам, что его беспокоит, что пытается проникнуть в сознание, что имеет для него значение. Ассоциации или отсутствие их также показывают нам, чего он пытается избежать. Именно по этой причине я включаю это правило в технические правила, касающиеся сопротивления. Пациент очень часто определяет тему сессии тем, о чем он молчит, чего он избегает, как он избегает и так далее.

Это не означает, что пациент может преднамеренно определять, о чем *мы* будем говорить. Например, пациент начинает сессию, сказав: «Я хочу рассказать вам о своей жене». Затем он большую часть сессии описывает озадачившие его реакции жены на него. Я продолжаю молчать, потому что мне кажется, что он рассказывает о чем-то эмоционально значимом для него, и я не замечаю ничего уклончивого в его продукции. Однако он делает ошибку в какой-то момент, говоря: «Моя мать очень требовательна в сексуальном плане... я хочу сказать, моя жена». В этот момент я изменяю фокус его рассказа, прося его сопоставить мать и жену. В действительности я не меняю тему, он сам, бессознательно, изменил ее: я просто следую его направлению.

Позволить пациенту «выбирать» тему сессии означает: (1) позволять пациенту *начинать* каждый час с явного материала, который беспокоит его, и (2) не навязывать ему ваши интересы. Если материал вчерашней сессии кажется вам очень важным, вы должны воздержаться от своего интереса и следовать за пациентом до тех пор, пока он работает продуктивно. Кандидаты

часто внедряют материал своих супервизий в работу с пациентами, когда он уже неуместен. Некоторые аналитики будут стремиться интерпретировать сновидение, когда оно не является самой значимой частью сессии, потому что аналитику нравится работать со сновидениями. (3) Пациент сам выбирает материал, которым он начинает сессию, но мы отбираем из его материала то, что, как мы полагаем, его действительно волнует или должно волновать. Например, пациент рассказывает нам о своих сексуальных удовольствиях, но мы обращаем внимание на его *смущение* при разговоре о сексе. Мы выбираем то, что, как мы чувствуем, действительно беспокоит пациента, даже если он и не осознает этого. Можно провести аналогию со сновидением и сказать, что пациент выбирает явное содержание, а аналитик выделяет латентный значимый материал.

2.73. Исключения из правил

2.731. Минорные сопротивления

Хотя психоаналитическая техника отличается от всех остальных методов именно тем, что мы анализируем сопротивления, мы не анализируем при этом все и каждое сопротивление. С небольшими и временными сопротивлениями можно обращаться, просто храня молчание и предоставляя пациенту самому преодолевать их. Или можно сделать какое-нибудь помогающее замечание. Например, пациент молчит или колеблется, и вы говорите: «Да?» или «Что?» — и пациент начинает рассказывать. Необязательно возвращаться и анализировать значение, цель или содержание каждого сопротивления, пока пациент преодолевает сопротивление сам и может осмысленно общаться. Но если сопротивление упорно или же нарастает, тогда следует анализировать его. Другими словами, общее правило состоит в том, что небольшие и временные сопротивления не обязательно анализировать, они могут быть просто преодолены.

Заниматься небольшими сопротивлениями не только не обязательно, но это может даже увести в сторону от важного материала. Более того, пациенту следует позволять играть активную роль в преодолении своих сопротивлений. В конечном счете преследование каждого небольшого сопротивления превращает аналитика в придиру, а анализ — в изнуряющее занятие. Частью такта при проведении анализа является знание о том, как различить сопротивления, требующие анализа и не требующие его.

2.732. УТРАТА ФУНКЦИЙ ЭГО

Иногда в анализе возникают ситуации, когда отсутствие сопротивлений обусловлено утратой функций Эго. Тогда нашей задачей будет позволять и даже поощрять развитие некоторой степени сопротивления. Это может произойти при работе с психотическими или пограничными случаями, но также и с невротическими пациентами на вершине повторного проживания ими инфантильных неврозов. Необходимые вмешательства в этих ситуациях могут быть не совсем аналитичными, но такая ситуация не требует инсайта; она требует применения чрезвычайных мер. Поскольку такое действительно случается во время анализа, стоит уделить немного места обсуждению связанных с этим технических проблем.

Эмоциональные бури сопровождают все анализы, которым удается проникнуть вглубь инфантильных неврозов. На пике эмоционального излияния, в большей или меньшей степени, утрачиваются функции Эго, в зависимости от интенсивности и качества разряжающегося аффекта. Если это происходит в начале сессии, наша терапевтическая задача может быть достаточно простой. Терпение и поддерживающее молчание будут достаточны для того, чтобы дать пациенту возможность разрядить сдерживаемую эмоцию. По мере того как паника, гнев или депрессия уменьшаются, можно обнаружить возвращение разумного Эго, после этого можно попытаться продолжить работать аналитически. Но если эмоциональная буря не утихает или если это случается в конце сессии, становится необходимым вмешательство. Хотя в идеале мы бы хотели, чтобы у пациента была полная разрядка чувств, целесообразно помешать этому в данном случае. Было бы опасно позволять пациенту уходить на вершине эмоциональной бури, без функционирующего разумного Эго. Наша задача в таком случае — вновь «разбудить» пациента и не вызывать не поддающихся анализу осложнений.

По моему опыту, следующие шаги представляются эффективными и вызывают минимальные осложнения. Предположим, пациент терзается из-за интенсивной реакции горя, неистово рыдает, а сессия заканчивается. Я бы подождал почти до самого последнего момента, прежде чем прерывать его. Тогда я бы сказал: «Мне жаль, что я прерываю Вас, когда вы так несчастны, но наше время кончилось». Если пациент реагирует на это замечание, а обычно бывает именно так, я бы продолжил: «Давайте подождем еще несколько минут, пока вы немного успокоитесь». Потом я бы дал пациенту возможность сказать что-нибудь, если он хочет, но в любом случае я даю ему шанс увидеть, что я не встревожен, не расстроен и не нетерпелив. Мое поведение показывает, что я сочувствую его состоянию, но и стою перед лицом реальности. Я помогаю восстановить некоторый контроль привнесением реальности в конце сессии, но отмечаю, что мне жаль прерывать поток его

эмоций. Наконец, важно, что аналитик показывает, что он не боится эмоциональной вспышки пациента и предлагает себя как модель для идентификации пациента с ним. В конце такой сессии я обычно говорю что-нибудь вроде: «Этот поток эмоций болезнен для вас, но он важен для нашей работы. Мы должны понять его, проанализировать и справиться с ним».

Возникают и другие ситуации во время анализа, в которых пациент теряет либо боится потерять некоторые или многие функции Эго. Например, пациент может говорить непонятной «словесной окрошкой» или начать болтать как ребенок. Здесь также следует проявить терпение, не бояться этого, быть твердым. В конце концов аналитику следует прервать пациента: «Теперь давайте посмотрим на то, что происходит — вы говорили, как маленький ребенок». Вмешавшись таким образом, аналитик служит напоминанием и моделью пациенту для его временно утраченного разумного Эго. Своим твердым тоном аналитик показывает, что он не боится, и тем самым успокаивает пациента.

Пациент может прийти в состояние сильной паники, ужаса или беспомощности, лежа на кушетке. Одна из моих пациенток жаловалась, что слова ускользают от нее, и она боится намочить кушетку. Я позволил ей переживать настолько сильно, насколько, как мне казалось, она может вынести, и затем я сказал: «Хорошо, теперь давайте вернемся к анализу и попытаемся взглянуть на все это с самого начала. Давайте попытаемся понять, что же произошло».

В некоторых ситуациях пациенты приходят в ужас, что они потеряют всяческий контроль, и боятся, что они станут очень агрессивными или сексуальными. Когда я чувствую, что этот страх подлинный, и когда есть причина, обосновывающая страхи, я говорю или веду себя в манере, которая показывает: «Не беспокойтесь, я не позволю вам причинить боль себе или мне».

Как я сказал ранее, эти вмешательства не аналитичны, но я полагаю, что сами ситуации в такие моменты также неаналитические. Я использую неаналитические процедуры, но я стараюсь избегать антианалитических, то есть действий, которые будут мешать дальнейшему анализу. Только после того, как острый кризис пройдет, аналитик может продолжать анализ. Однако, по моему опыту, вмешательства, предпринятые с терапевтической целью и позднее тщательно проанализированные, не наносят непоправимого вреда аналитической ситуации. С другой стороны, строго пассивная и молчаливая позиция аналитика может представлять собой большую опасность тем, что позволяет пациенту регрессировать к травматическому уровню. Молчание и пассивность аналитика будут в таком случае правильно восприняты пациентом как отсутствие заботы о нем, беспокойство или замешательство аналитика. Это может быть значительно более пагубно. Когда такие случаи

имеют место, аналитику следует проделать некоторый самоанализ своего контрпереносного поведения.

В заключение этой главы по технике анализирования сопротивления я испытываю потребность еще раз повторить, что наиболее важными сопротивлениями являются сопротивления переноса. Я не подчеркивал этого в клинических примерах, приведенных выше, поскольку в первую очередь хотел обсудить концепцию сопротивления в целом.

Дополнительный список литературы

Пациент молчит

Arlow (1961), Glover (1955), Loewenstein (1961), Lomie (1961), Van der Heide (1961), Zeligs (1961).

Сопротивление и защита

Freeman (1959), Freud (1916–1917, Ch. XIX; 1923b, Ch. V; 1926a; 1933), Gero (1951), Hartmann (1951), Hoffer (1954), Kohut (1957), Lampl-de Groot (1957), Loewenstein (1954), Sperling (1958), Winnicott (1955).

Отыгрывание и сопротивление

Altman (1957), Bird (1957), Ekstein and Friedman (1957), Kanzer (1957), Spiegel (1954), Zelige (1957).

Расстройства характера и сопротивление

Gillespie (1958), Gitelson (1958), Glover (1958), Katan (1958), Nacht (1958b), Waelder (1958).

Эго-синтонные сопротивления и сопротивления, чуждые Эго

Glover (1955), Menninger (1958), Sharpe (1930).

Глава 3

ПЕРЕНОС

В сущности, развитие техники психоанализа определялось эволюцией наших знаний о природе переноса. Величайший прогресс в психоаналитической технике был следствием открытия Фрейдом (1905c) двойственной силы переноса: с одной стороны — это незаменимо ценный инструмент, а с другой стороны — источник величайших опасностей. Реакции переноса представляют аналитику бесценную возможность исследовать недоступное прошлое пациента и его бессознательное (Freud, 1912a, p. 108). Перенос также возбуждает сопротивления, которые становятся самым серьезным препятствием в нашей работе (p. 101). Каждое определение психоаналитической техники должно включать в качестве центрального элемента *анализ* переноса. Каждая отклоняющаяся школа психоанализа может быть описана как имеющая некоторые отклонения в способе работы с ситуацией переноса. Реакции переноса возникают у всех пациентов, проходящих психотерапию. Психоанализ отличается от всех остальных терапий тем способом, которым он способствует развитию реакций переноса, и тем, что он предпринимает попытки систематического анализа явлений переноса.

3.1. Рабочее определение

Понятие «перенос» мы относим к особому виду отношений. Перенос — это специфический тип объектных отношений. Главная его характеристика — переживание некоторых чувств по отношению к какой-либо личности, которые не подходят к ней и которые в действительности обращены к другой личности. В сущности, на личность в настоящем реагируют так, как будто это личность из прошлого. Перенос есть повторение, новое «издание» старых объектных отношений (Freud, 1905c, p. 116). Это анахронизм, ошибка во времени. Имеет место смещение: импульсы, чувства и защиты по отношению к личности из прошлого перемещаются на личность в настоящем. Это главным образом бессознательное явление, и человек, реагирующий чувствами переноса, большей частью не осознает искажения.

Перенос может состоять из любых компонентов объектных отношений, то есть он может переживаться как чувства, влечения, желания, страхи, фантазии, отношения, идеи или защиты против них. Первоначальный источник реакций переноса — это значимые и важные люди раннего детства (Freud, 1912a, p. 104; A. Freud, 1936, p. 18). Перенос имеет место как в анализе, так и вне анализа у невротиков, психотиков и здоровых людей. Все человеческие отношения содержат смесь реалистических реакций и реакций переноса Fenichel, 1941, p. 71).

До того как мы продолжим рассматривать элементы, перечисленные выше, необходимо уточнить терминологию. В заглавие этой главы вынесен старый и знакомый термин, который ввел Фрейд и который продолжает использовать большинство аналитиков. В последние годы наблюдается тенденция модифицировать этот термин, потому что есть ощущение, что термин «перенос» может вводить в заблуждение. «Перенос» — слово в единственном числе, а явления переноса множественны, многочисленны и разнообразны; термин «переносы» является грамматически более правильным. К сожалению, слово «переносы» звучит неестественно и странно для меня, и я вынужден прибегнуть к компромиссу между правильностью и привычностью. Я предпочитаю использовать термин «реакции переноса» по отношению ко всему классу явлений переноса. Иногда я использую термин «перенос» как собирательное существительное, краткое обозначение для реакций переноса.

Реакции переноса всегда неуместны. Они могут быть таковыми с точки зрения качества, количества или продолжительности реакции. Кто-то может реагировать слишком сильно или слишком слабо или же иметь странную реакцию на объект переноса. Реакция переноса является неподходящей лишь в ее теперешнем контексте, но в какой-то ситуации в прошлом она была вполне адекватной. То, что сейчас болезненно проявляется в виде реакции переноса на некоторую личность в настоящем, точно соответствовало реакции на какую-то фигуру из прошлого.

> Например, молодая пациентка реагирует на то, что я заставил ее подождать две или три минуты, слезами и гневом, а также фантазией, что я отдаю это лишнее время другой своей пациентке-фаворитке. Это неподходящая реакция для тридцатипятилетней интеллигентной и культурной женщины, но ее ассоциации приводят к прошлой ситуации, когда этот набор чувств и фантазий был вполне уместен. Она вспомнила свои реакции, когда она, в возрасте пяти лет, ждала, что отец придет поцеловать ее перед сном. Она всегда ждала несколько минут, потому что он, как правило, целовал и желал спокойной ночи сначала ее младшей сестре. Тогда она реагировала слезами, гневом и ревниво фантазировала — точно так же, как она переживала ожидание в отношении меня. Ее реакции были уместны для пятилетней

девочки, но, очевидно, не подходили для тридцатипятилетней женщины. Ключом к пониманию этого поведения является признание того, что это повторение прошлого, то есть реакция переноса.

Реакции переноса — это, в сущности, повторение прошлого объектного отношения. Повторение понимается различно и, по-видимому, служит множеству функций. Фрустрация инстинкта и торможение заставляют невротика искать запоздалые возможности для удовлетворения (Freud, 1912a, p. 100; Ferenczi, 1909). Но повторение должно также пониматься как способ избежать воспоминания, защита против воспоминания, также как и манифестация навязчивого повторения (Freud, 1912a, 1914c; Freud A., 1936; Fenichel, 1945b).

Именно то, что какая-то часть поведения повторяет что-то из прошлого, создает вероятность его неуместности в настоящем. Это повторение может быть точным дублированием прошлого, копией, повторным проживанием или же «новым изданием», модифицированной версией, искаженным представлением прошлого. Если модификация прошлого проявляется в виде поведения переноса, то это обычно происходит в направлении исполнения желания. Очень часто фантазии детства переживаются как имевшие место в действительности (Freud, 1914b, p. 17–18; Jones, 1953, p. 265–267). Пациенты будут переживать такие чувства по отношению к аналитику, которые могут быть истолкованы как сексуальное соблазнение отцом, а позже обнаруживается, что это повторение желания, первоначально появившегося как детская фантазия. Чувства переноса, которые отыгрываются, обычно оказываются такими попытками исполнения желания (Freud, 1914c; Fenichel, 1945b; Greenacre, 1950; Bird, 1957). Развитие этой идеи можно увидеть у пациентов, которые пытаются завершить неосуществленные задачи в отыгрывании (Lagache, 1953).

Объекты, которые были первоначальными источниками реакции переноса, — это важные люди ранних лет жизни ребенка. Обычно это родители и другие воспитатели, дающие любовь, комфорт или наказание, а также братья, сестры и другие соперники. Однако реакции переноса могут происходить и от более поздних и даже современных фигур, но тогда анализ вскроет, что эти более поздние объекты вторичны и сами произошли от первичных, ранних фигур детства. В заключение следует добавить, что части Я могут смещаться на других людей, то есть может иметь место проекция. Это также будет проявляться как реакции переноса, но я ставлю под вопрос, корректно ли относить этот тип реакций к области переноса. Более подробно эта тема будет обсуждаться в разделе 3.41.

Реакции переноса являются в дальнейшей жизни более вероятными по отношению к людям, которые выполняют определенные функции, первоначально выполнявшиеся родителями. Так, возлюбленные, лидеры, авторитеты,

врачи, учителя, актеры и знаменитости особенно склонны активизировать реакции переноса. Более того, реакции переноса могут также возникать по отношению к животным и даже к неодушевленным объектам и организациям, но и здесь, как показывает анализ, они являются производными от важных людей раннего детства (Reider, 1953a).

Любые элементы объектного отношения могут быть включены в реакцию переноса: любая эмоция, влечение, желание, установка, фантазия и защиты против них. Например, неспособность пациента чувствовать гнев на аналитика может восходить к его детской защите против выражения гнева. Будучи мальчиком, он узнал, что лучший способ предотвратить ужасные ссоры со вспыльчивым отцом — не осознавать собственный гнев. В анализе он не осознавал гнев, который лежал за его постоянной вежливостью.

Во время анализа могут возникать идентификации, которые могут быть реакциями переноса. Один из моих пациентов перенимал время от времени в течение анализа ту или иную черту моего характера. Это чаще происходило, когда он чувствовал, что его «обошел» более удачливый соперник. Это выглядело так, как будто он должен был стать как я, когда ему не удавалось обладать мною как объектом любви. Его история показала, что он выработал этот механизм, когда конкурировал со своим старшим братом за любовь отца.

Реакции переноса, по сути, бессознательны, хотя некоторые аспекты реакций могут осознаваться. Человек, переживающий реакцию переноса, может осознавать, что он реагирует чрезмерно или странно, но он не знает ее истинного значения. Он даже может интеллектуально осознавать источник этой реакции, но он не осознает какой-то важный эмоциональный или инстинктивный компонент этой реакции или ее цель.

Все люди имеют реакции переноса; аналитическая ситуация лишь способствует их развитию и использует их для интерпретации и реконструкции (Freud, 1905c, 1912a). Невротики особенно склонны к реакциям переноса, так же как люди фрустрированные и несчастливые в целом. Аналитик является главной мишенью для реакций переноса, как и все важные люди в жизни индивидуума.

Подведем итог: перенос является переживанием чувств, влечений, установок, фантазий и защит по отношению к личности в настоящем, которые не подходят к ней, а являются повторением реакций, образованных по отношению к значимым личностям раннего детства и бессознательно смещенных на фигуры в настоящем. Двумя главными характеристиками реакции переноса являются: повторение и неуместность (расширенное определение приведено в разделе 3.41).

3.2. Клиническая картина: основные характеристики

В этом разделе я бы хотел познакомить студентов с некоторыми наиболее типичными проявлениями реакций переноса в ходе анализа. Я полагаю, что лучше всего это можно сделать, сосредоточившись на тех характеристиках реакций пациента на аналитика, которые указывают на вероятность реакций переноса. Следует иметь в виду, что наличие качеств, о которых я говорю, не является абсолютным доказательством переноса. Рассматриваемое качество также должно являться повторением и быть неуместным.

3.21. Неуместность

Как только мы пытаемся продемонстрировать клиническую картину реакций переноса, так сразу возникает существенный вопрос: не получится ли так, что все реакции пациента по отношению к аналитику будут классифицироваться как перенос? Согласно нашему определению, ответ будет отрицательным. Возьмем простой пример: пациент рассердился на своего аналитика. Из этого единичного факта невозможно определить, имеем ли мы дело с реакцией переноса. Во-первых, следует выяснить, не заслужило ли поведение аналитика гнева. Если пациент раздосадован из-за того, что аналитик прервал его ассоциации, отвечая на телефонный звонок, я бы не стал рассматривать раздраженность пациента как реакцию переноса. Его реакция выглядит реалистичной, уместной в данных обстоятельствах и соответствует зрелому уровню функционирования. Это не означает, что эту реакцию пациента следует игнорировать, но мы обращаемся с нею иначе, чем с явлениями переноса. Мы можем исследовать историю пациента и его фантазии в отношении гневных реакций, но, несмотря на наши находки, нам следует напоминать пациенту и себе, что его открытая реакция на фрустрацию была реалистичной. Если же пациент приходит в ярость, а не просто раздосадован, или если он остается совершенно безразличным, тогда неуместная интенсивность реакции показала бы, что мы, вероятно, имеем дело с повторением или реакцией из детства. То же самое верно, если его досада длится часами или если он реагирует на это прерывание хохотом.

Позвольте мне привести типичный пример неуместной реакции. Мой телефон повторно звонит во время аналитической сессии, и я снимаю трубку, полагая, что звонок вызван крайней необходимостью. К моему сожалению, неверно набран номер, и я выказываю свое раздражение, по неосторожности пробормотав: «Будь он проклят». Затем я молчу. Пациент продолжает рассказывать с того места, где остановился. Через несколько минут я его прерываю и спрашиваю, что он чувствует по поводу телефонного звонка. Он отвечает: «Как я должен себя чувствовать? Это была не ваша вина». Молчание. Он пытается вернуться к предыдущему разговору, но он получается натянутым и искусственным. Тогда я отмечаю, что он, кажется, пытается скрыть некоторые свои эмоциональные реакции, действуя так, как он себе представляет, что «должен». Это привело к тому, что пациент вспомнил о мимолетной вспышке гнева, когда он услышал, как я отвечал по телефону. За этим последовала картина, как я сердито кричу на него. Затем пациент привел множество воспоминаний о том, что он был вынужден покориться идеям своего отца, касающимся того, как он «должен» себя вести. Я интерпретировал, что он среагировал на меня так, будто я его отец.

Неуместность реакции на текущую ситуацию является главным признаком того, что личность, которая вызывает данную реакцию, не является истинным объектом. Это показывает, что реакция, вероятно, относится к объекту прошлого и соответствует ему.

3.22. Интенсивность

Вообще говоря, ***интенсивные эмоциональные реакции*** по отношению к аналитику являются показателями переноса. Это верно для различных форм любви, так же как и для ненависти и страха. Обычное сдержанное, неназойливое, последовательное поведение и установки аналитика реально не вызывают интенсивных реакций. И снова следует помнить об уместности. Важно признавать, что пациент может оправданно реагировать интенсивно, если поведение аналитика и аналитическая ситуация заслуживают этого. Пример: аналитик заснул, слушая пациента. Пациент осознает это, и в конце концов ему удается разбудить аналитика, позвав его. Пациент приходит в бешенство, когда аналитик не признает свой «грех», а вместо этого интерпретирует, что пациент бессознательно хотел, чтобы аналитик заснул, рассказывая так скучно.

В такой ситуации я бы не стал рассматривать ярость пациента как реакцию переноса, напротив, она, в сущности, справедлива и уместна. Действительно,

любая другая реакция была бы скорее признаком переноса из прошлого. Это не означает, что реакция пациента не должна анализироваться, но конечная аналитическая цель различна в зависимости от того, имеем ли мы дело с реакцией переноса или же с реалистической реакцией. Более того, всегда есть вероятность, что во всех интенсивных реакциях вне зависимости от того, насколько оправданно они выглядят, кроме реалистической надстройки есть еще и трансферентное ядро. В обычном ходе анализа, однако, интенсивные реакции на аналитика являются надежными показателями реакции переноса.

И напротив, отсутствие реакций также с уверенностью можно рассматривать как признак переноса. Пациент способен сдерживать какие-то реакции, потому что смущается или боится чего-либо. Это очевидная манифестация сопротивления переноса. Ситуация осложняется еще больше, когда пациент не осознает наличие у него каких-либо чувств, кроме самых мягких и безобидных. Может случиться, что у пациента есть сильные чувства, но они вытеснены, изолированы или смещены. Иногда требуется настойчивый анализ страха эмоционального реагирования на аналитика, прежде чем пациент осмелится позволить себе спонтанно реагировать. Такие сопротивления переносу были описаны в главе 2. Здесь я хочу кратко упомянуть о часто встречающемся клиническом наблюдении: мои пациенты реагируют довольно разумно на особенности моего характера, но при этом имеют тенденцию терять рассудок при любом признаке странности у другого аналитика. Это ясный пример смещения реакции переноса, и он должен рассматриваться как защита против чувств переноса по отношению к собственному аналитику пациента. Похожее сопротивление проявляется пациентами, которые мягко реагирует во время сессии, а после нее имеют необъяснимые интенсивные эмоциональные реакции по отношению к посторонним.

Может случиться так, что пациент какое-то короткое время не будет особенно интересоваться аналитиком, потому что происходят важные события вне анализа. Однако длительное отсутствие чувств, мыслей или фантазий об аналитике является проявлением переноса — сопротивлением переноса. Аналитик является слишком важной фигурой в жизни анализируемого, он присутствует в его мыслях и чувствах в течение значительного периода времени. Если же личность аналитика действительно не имеет значения, тогда пациент находится «не в анализе». Пациент может проходить его для того, чтобы кому-нибудь угодить, или же не для лечения, а с какими-то другими целями.

Бывает и так, что какая-то другая личность в жизни пациента абсорбирует интенсивные эмоции пациента, тогда отсутствие интенсивных чувств к аналитику может не иметь прямого отношения к сопротивлению переноса. Например, пациент в начале анализа освобождается от страха эмоционального вовлечения и в дальнейшем ходе анализа в кого-то влюбляется. Любовная

связь будет, по всей вероятности, включать важные элементы из прошлого пациента, но вклад аналитической ситуации может иметь решающее значение, а может и не иметь. Аналитику следует исследовать такую ситуацию очень тщательно и неоднократно, прежде чем прийти к какому-то достоверному заключению. Не влюбился ли пациент для того, чтобы угодить вам? Не влюбился ли он назло вам, потому что вы не даете ему достаточно любви? Не влюбился ли он из-за идентификации с вами? Не влюбился ли он в кого-то, кто походит на вас? Не является ли его влюбленность признаком зрелости? Не кажется ли, что это — какая-то реалистичная надежда на устойчивые счастливые отношения?

На эти вопросы нелегко ответить. На них нет четко сформулированных ответов, и только длительное исследование и время могут дать приемлемый и обоснованный ответ. Это является основой для практического правила, предложенного Фрейдом, гласящего, что аналитику следует попросить пациента обещать не совершать никаких больших изменений в своей жизни в течение анализа (1914c, p. 153). Этот совет может быть неправильно истолкован пациентом из-за искажений переноса, и его следует давать в подходящее время и в подходящем контексте (Fenichel, 1941, p. 29). Тот факт, что продолжительность аналитического лечения в последние годы увеличилась, вызвал дальнейшие модификации этого правила. Сегодня, я полагаю, нам следует говорить пациенту, что желательно не совершать важных изменений в жизненной ситуации до тех пор, пока вопрос об этом изменении не будет в достаточной мере проанализирован. Мы продолжим обсуждение этой темы во втором томе.

3.23. Амбивалентность

Все реакции переноса характеризуются амбивалентностью, сосуществованием противоположных чувств. Обычно в психоанализе принято считать, что в случае амбивалентности один аспект чувств является бессознательным. Не бывает любви к аналитику без скрытой где-то ненависти, сексуальных устремлений без скрытого отвращения и т. д.. Амбивалентность может быть легко определена, когда чувства, ее составляющие, непостоянны и неожиданно изменяются. Или когда один аспект амбивалентности может длительное время упорно удерживаться в сознании, в то время как от его противоположности будет столь же упорно защищаться. Иногда амбивалентность обнаруживается в смещении пациентом одного компонента чувств на другую личность, часто на другого аналитика. Это часто бывает при анализе

кандидатов. Они будут сохранять позитивное отношение к своему личному аналитику и смещать свою бессознательную враждебность на супервизора или ведущего семинар — или наоборот.

Не следует забывать, что доамбивалентные реакции также могут иметь место в переносе. Фигура аналитика расщепляется на хороший и плохой объект, каждый из которых ведет отдельное существование в психике пациента. Когда пациенты, реагирующие таким способом — а это всегда бывают более регрессировавшие пациенты, — становятся способными чувствовать свою амбивалентность по отношению к целому объекту, то это можно расценивать как достижение.

Позвольте мне привести клинический пример. В течение нескольких лет мой пограничный пациент давал эксцентричные ответы на мои вмешательства всякий раз, когда он испытывал тревогу. Постепенно я смог составить следующие объяснения. Когда он чувствовал гнев и ненависть по отношению ко мне, он пугался и поэтому никогда не прислушивался к моим словам, так как чувствовал, что они — как отравленные дротики, и его защите следует стать непроницаемой для них. В такие моменты он концентрировался только на тоне моего голоса, дотошно обращая внимание на изменения в его высоте и ритме. Низкие тона и правильный ритм заставляли его чувствовать, что я кормлю его хорошей пищей, как его мать, готовившая и сервировавшая стол, когда они ели одни. Высокие тона и неправильный ритм означали, что его мать подает ему плохую пищу, потому что здесь отец, он ее нервирует и портит пищу. Потребовалось много лет анализа для того, чтобы он начал воспринимать меня как целостную личность вне зависимости от того, любил ли он меня, ненавидел ли или боялся.

3.24. Непостоянность

Другим важным качеством реакций переноса является их непостоянность. Чувства переноса часто неустойчивы, беспорядочны и причудливы. Это в особенности верно для начала анализа. Гловер (1955) определил эти реакции очень подходящим образом как «плавающие» реакции переноса.

Типичный пример внезапных и неожиданных изменений, которые могут иметь место в ситуации переноса, — следующая последовательность событий, которые происходили в течение недели в анализе одной молодой истерично-депрессивной женщины во время второго

месяца ее лечения. Она работала хорошо, несмотря на свой страх, что я могу найти ее никчемной и обыкновенной. Ее чувства по отношению ко мне были полны благоговения и обожания, за ними стояла надежда, что она мне понравится.

Внезапно, на одной из сессий, после значительного затруднения она призналась, что влюблена в меня. Она относила возникновение этого чувства к концу прошлой сессии, когда заметила, что мои брюки помяты, а галстук перекосился. Она была убеждена, что это признак того, что я не материалист, не жадный капиталист, а мечтатель, идеалист, даже художник. Весь день и ночь она фантазировала обо мне в этом ключе, интенсивность ее чувств увеличилась, и она наслаждалась этим. Даже когда мы начали анализировать эту реакцию и проследили ее назад, в прошлое, ее чувства сохранились.

На следующий день она была переполнена виной. У ее ребенка ночью развилась боль в ухе, и пациентка чувствовала, что это результат ее беспечности, она слишком много времени проводит в мечтах о своей новой любви вместо того, чтобы заботиться о своем ребенке. Из этого она заключила, что я должен презирать такую легкомысленную женщину. Когда я попытался проследить историю этой реакции, она почувствовала, что я наказываю ее, как она того заслуживает.

На следующий третий день она ощутила мое приветствие как холодное, почти как ухмылку, а мое молчание как презрительное. Теперь она чувствовала, что я не идеалист и не мечтатель, не заботящийся о своем внешнем виде, а напротив, что я высокомерен и презрителен со своими пациентами, «бедными богатыми невротиками». Она защищала себя и свою группу, атакуя меня как одного из этих злобных психоаналитиков, которые живут за счет богатых, но при этом презирают их. Она пришла к заключению, что запах моей сигары отвратителен, даже тошнотворен.

На следующей сессии она нашла мои попытки анализировать ее враждебные чувства неуклюжими, но располагающими к себе. У меня, вероятно, хорошие намерения и доброе сердце, только я угрюм. Я был вынужден сменить сорт своих сигар и покупать более дорогие из-за ее критик, и она была признательна мне за мою предупредительность. Она надеется, что я буду когда-нибудь ее гидом и наставником, потому что она слышала, что я — выдающийся. Когда же я промолчал, она почувствовала, что я чванливый, конвенциональный и брюзга. Я, вероятно, зубрила и тягловая лошадь, которая любит только свою работу. Она ушла с сессии с таким чувством, что я, может быть, хороший аналитик, но ей жаль женщину, вышедшую за меня замуж.

Это весьма «крайний» пример непостоянности, но он показывает причудливый и переменчивый характер реакций переноса в начале анализа некоторых истеричных и невротически депрессивных пациентов.

3.25. Стойкость

Поразительной чертой реакций переноса является то, что они обладают внутренне противоречивой природой. Я уже описывал, каким непостоянным и мимолетным может быть перенос, и теперь должен добавить, что явления переноса часто определяются по их стойкости. Спорадичные реакции чаще встречаются в начале анализа, тогда как длительные и ригидные реакции появляются в последующих фазах, хотя это правило и не абсолютно.

В ходе анализа пациенты будут испытывать такой устойчивый набор чувств и установок по отношению к аналитику, который нелегко поддается интерпретации. Эти стойкие реакции требуют длительного анализа, иногда нескольких лет. Такая большая продолжительность не означает, однако, что аналитическая работа зашла в тупик, так как в течение этого периода могут меняться другие поведенческие характеристики и могут появиться новые инсайты и новые воспоминания. Пациент вынужден придерживаться этой зафиксированной позиции, потому что затрагиваемые чувства сверхдетерминированы и служат важным инстинктивным и защитным потребностям. Эти стойкие реакции могут быть относительно интенсивны или, наоборот, слабы.

> Моя пациентка, миссис К., сохраняла позитивную сексуальную и эротическую реакцию переноса на меня почти три года. Эти чувства сохранялись, на них незначительно влияли мои постоянные интерпретации их как функций сопротивления, мое длительное молчание, мои случайные огрехи и ляпсусы. Только после того, как она обрела способность достигать частичного вагинального оргазма, который помог ослабить ее страх гомосексуальности, ее хронический позитивный перенос изменился. Только тогда она осмелилась позволить себе сознательно почувствовать ненависть по отношению ко мне и по отношению к мужчинам вообще[1].

Стойкость и отсутствие спонтанности являются признаками реакций переноса. Даже в анализах, проводимых наилучшим образом, человеческая бренность аналитика будет давать время от времени повод для проявления враждебности, если не действует защитный позитивный перенос. Аналитическая работа часто болезненна, и это тоже служит поводом для некоторого негодования. Кроме того, реакции переноса исходят из отвращенного прошлого пациента, и поэтому они должны включать большую долю бессознательной

---

[1] Случай миссис К. ранее рассматривался в разделах 1.24 и 2.651. См. раздел 2.71, где дан более детальный клинический отчет об изменениях у этой пациентки.

агрессии, которая требует разрядки. С другой стороны, сочувственная нейтральность аналитического отношения не вызывает длительной враждебности у пациентов. Стойкость и ригидность реакций переноса связаны с комбинацией бессознательной защиты и инстинктивного удовлетворения.

Пять черт, описанных выше, являются наиболее типичными характеристиками, указывающими на присутствие реакции переноса. Основной же чертой, которая перевешивает все остальные и включена во все остальные, является неуместность. Неуместность проявляется в интенсивности, амбивалентности, непостоянности, стойкости, именно они сигнализируют, что действует перенос. Это остается верным не только тогда, когда такие реакции относятся к аналитику, но также и тогда, когда они возникают по отношению к другим людям. Реакции, которые не соответствуют характеру или месту, есть явления переноса.

3.3. Исторический обзор

Я бы хотел кратко охарактеризовать вклад Фрейда и других аналитиков в развитие нашего понимания теоретических и технических проблем, касающихся переноса. Я буду вести обзор в хронологическом порядке, рассматривая период с 1895 по 1960 годы, и упомяну только те моменты, которые я рассматриваю как значительное продвижение вперед, пропуская множество ценных работ, которые являются, в сущности, обзорами или повторениями. Студентам я бы посоветовал прочитать оригинальные работы. Моя версия подбора значимых работ не только чрезвычайно сконденсирована, но и субъективна. Этого вопроса мы уже касались в разделе 1.1.

Первое описание и обсуждение роли переноса дано Фрейдом в главе IV работы «*Об истерии*» (Freud, 1893–1895). Сначала он считал помехой то, что пациент чрезмерно выдвигает на первый план свое личное отношение к терапевту, хотя признавал, что само по себе личное влияние может снять определенные сопротивления (p. 301). Некоторые пациенты имеют тенденцию чувствовать себя заброшенными, другие боятся стать зависимыми, иногда даже сексуально зависимыми. Позднее он описал пациентов, которые имеют тенденцию переносить на фигуру терапевта беспокоящие их идеи, которые возникают в ходе анализа. Эти пациенты, говорит Фрейд, создают «ложную связь» с аналитиком (p. 302–303). В некоторых случаях это происходит регулярно. Затем он переходит к описанию техники работы в такой ситуации. (1) Эта связь должна быть осознана. (2) Аналитику следует продемонстрировать, что она является препятствием.

(3) Аналитику следует попытаться проследить ее происхождение на сессии. Сначала Фрейд был «сильно раздосадован» тем, что увеличился объем работы, но вскоре осознал его ценность (p. 304).

Случай Доры является поворотным пунктом в истории психоаналитической техники (Freud, 1905a). Здесь скупо, но очень ясно Фрейд описывает, как он пришел к пониманию решающей важности переноса, потерпев неудачу в его осознании и в обращении с ним. Это привело к преждевременному прерыванию лечения и к терапевтической неудаче. В этой работе Фрейд описывает, как его пациентка переживала по отношению к нему в течение анализа чувства, которые были лишь новым изданием, факсимиле, отпечатком и пересмотренным изданием тех чувств, которые первоначально относились к значимым людям в прошлом (p. 116). Кажется, что такие чувства вновь созданы, но в действительности они являются возрождением старых эмоциональных реакций. Фрейд назвал это явление переносом и подчеркнул, что он является необходимой частью психоаналитической терапии. Он создает величайшие препятствия, но при этом является наиболее важным союзником в лечении. Фрейд слишком поздно осознал, что чувства пациентки к нему изменены переносом и что она отыгрывает с ним фрагмент своего прошлого. Она порвала с Фрейдом, чего не осмелилась сделать со своим возлюбленным (p. 118–119). Позднее Фрейд признал, что анализ враждебного переноса необходим для успешного терапевтического результата (p. 120).

Работа Ференци 1909 года «Интроекция и перенос» является следующим шагом вперед. В этой работе Ференци затрагивает новые идеи, касающиеся переноса, с некоторыми из них мы все еще сражаемся сегодня. Он отметил, что реакции переноса возникают у невротиков не только в аналитической ситуации, но и везде. Он считал реакции переноса особой формой смещения и заметил, что терапевты вообще, а не только аналитики, чрезвычайно часто становятся объектами реакций переноса. Однако он полагал, что такая предрасположенность существует у пациента, а аналитик является только катализатором. Обычно эти реакции возникают в негативной и позитивной форме. Более того, Ференци полагал, что все невротики испытывают голод по переносу. Эти фрустрированные люди имеют склонность интроецировать и жаждут идентификации (p. 47–49). Они имеют тенденцию вводить личность аналитика в свой частный мир. Он показал это на контрасте с параноиками и другими психотиками, которые не интроецируют аналитика, а имеют тенденцию создавать дистанцию между собой и аналитиком. Он считал, что этот голод пациента происходит от стимульного голода (p. 51). Более того, он развивал теорию, что происхождение реакций переноса восходит к определенным проекциям раннего детства. Аналитик является «покрывающей личностью», покровом для важных объектов из инфантильного прошлого пациента (p. 62). Реакция переноса становится попыткой к исцелению.

Ференци продолжает дальше и рассматривает то, что при гипнозе и внушении мы также имеем дело с реакциями переноса, которые имеют сексуальную основу и которые происходят от фигур обоих родителей. Готовность пациента «переносить» на гипнотизера является производным либо родительской любви, либо родительского страха (p. 62—63, 67). При этом пациенты становятся слепо верящими и покорными. Похожие реакции имеют место в психоаналитической терапии и без гипноза. Можно заметить разницу между отцовским и материнским переносом в гипнозе, и можно увидеть изменения, то есть колебания пациента между реакциями любви — реакциями на мать и реакциями страха — реакциями на отца.

Работа Фрейда «Динамика переноса» (Freud, 1912a), добавляет некоторые ценные моменты в понимание переноса. Готовность пациента к реакциям переноса идет от его неудовлетворенности (p. 100). Она особенно сильна у невротического пациента из-за его невроза, а не возникает в результате аналитической процедуры (p. 101). Реакции переноса — показатели регрессии либидо. Как перенос, так и сопротивление являются компромиссными образованиями (p. 102—103). Борьба с каждым конфликтом пациента должна быть доведена до конца в ситуации переноса (p. 104). Это очень важно для анализа, поскольку делает возможным для пациента бороться со своими неразрешенными конфликтами, касающимися важных объектных отношений в прошлом. Невозможно уничтожить врага *в его отсутствие* или по изображению (p. 108). Эти проблемы необходимо разрабатывать в действующей ситуации переноса, возникающей в анализе.

В этой работе Фрейд обсуждает некоторые взаимоотношения между переносом и сопротивлением, в частности, различия между позитивным (то есть сексуальным и эротическим) переносом и негативным переносом, а также то, как они влияют на формирование сопротивления (p. 105—106). Он различает сексуальный, эротический перенос и негативный перенос — с одной стороны, и с другой — раппорт, который является несексуальной, позитивной реакцией переноса. По мнению Фрейда, все реакции переноса, в сущности, амбивалентны (p. 106). Интересно, говорит Фрейд, что пациенты имеют реакции переноса не только к аналитику и к терапевтам, но и к общественным институтам (p. 106).

Статья «Советы врачу при психоаналитическом лечении» (Freud, 1912b) заслуживает упоминания, потому что в ней Фрейд впервые описывает контрперенос и необходимость для аналитика «психоаналитического очищения». Здесь Фрейд приводит знаменитое сравнение с «зеркалом». Для того чтобы разрешать перенос, аналитику необходимо соблюдать свою анонимность. «Врач должен быть непроницаемым для своих пациентов, и, как зеркало, он не должен показывать им ничего, кроме того, что показывают ему». (Freud, p. 118).

В эссе «О начале лечения» (Freud, 1913b) содержатся рекомендации Фрейда о том, что тему переноса не следует затрагивать до тех пор, пока не будет ощутимых признаков сопротивления. Он также считает, что не нужно делать интерпретации пациенту, пока между аналитиком и пациентом не разовьется раппорт. Раппорт произойдет, если мы выкажем серьезный интерес к пациенту, поработаем над его сопротивлением и проявим установку сочувственного понимания (p. 139—140). (Я чувствую искушение сказать, что это первое описание рабочего альянса.)

В статье «Вспоминание, повторение и проработка» (Freud, 1914c) Фрейд довольно детально обсуждает тенденцию пациента отыгрывать в ситуации переноса. Он также ввел новую гипотезу для объяснения реакций переноса, а именно концепцию навязчивого повторения, но она еще не связана с инстинктом смерти. Более того, в этой работе есть первое упоминание о понятии невроза переноса (p. 134). Невроз переноса является артефактом лечения и замещает обычный невроз пациента. Невроз переноса излечим путем аналитической работы.

Работа «Замечания о любви в переносе» (1915a) заслуживает внимания по двум важным причинам. Фрейд впервые упоминает здесь «правило абстиненции». Это фундаментальный принцип, говорит Фрейд, он заключается в том, что следует позволять сохраняться потребностям и страстным желаниям пациента для того, чтобы они могли побуждать его делать аналитическую работу (p. 165). Кроме того, в данной работе Фрейд сензитивно, личностно и литературно продемонстрировал, как следует обращаться с романтической любовью пациента к аналитику.

Главы «Перенос» и «Аналитическая терапия» в «Лекциях по введению в психоанализ» (Freud, 1916—1917), в сущности, до настоящего времени являются наиболее систематическим и тщательным обзором основных идей Фрейда о переносе. Более того, здесь дано обсуждение термина «невроз переноса» как категории невроза в противопоставлении нарциссическому неврозу, а также кратко обсуждаются проблемы переноса при психозах (p. 445, 423—430).

Кардинальное изменение в теоретических взглядах Фрейда на природу переноса отражено в работе *«По ту сторону принципа удовольствия»* (1920). Некоторые детские реакции повторяются в переносе не потому, что есть надежда на удовольствие, а потому, что существует принуждение к повторению, которое более примитивно, чем принцип удовольствия, и перевешивает его (p. 20—23). Навязчивое повторение является манифестацией инстинкта смерти (p. 36). Впервые реакции переноса рассматривались как манифестации и либидинозного инстинкта, и инстинкта смерти.

После этих работ долгое время не было важных публикаций, развивающих эту тему, до появления серии статей Гловера по технике психоанализа в 1928 году. Эти статьи были первым систематическим клиническим описанием некоторых

типичных проблем, связанных с развитием и разрешением невроза переноса и сопротивлений переноса. Гловер выделяет различные фазы развития переноса, а также типичные проблемы в обращении с разными реакциями переноса.

Статьи по технике Эллы Фримен Шарп (Sharpe, 1930) показывают важность анализирования фантазий пациента по отношению к аналитику. В своей грамотной и сензитивной работе она придает особое значение тому, как Супер-Эго-, Эго- и Ид-репрезентации проигрываются в фантазиях об аналитике. Реакции переноса являются не только смещениями, но также могут быть и проекциями. В соответствии с точкой зрения Кляйн, Элла Шарп также придерживается мнения, что анализирование переноса является не отдельной задачей, а задачей, стоящей от начала и до конца анализа, что поиск ситуации переноса следует проводить постоянно в течение всего анализа. Особую клиническую ценность имеет ее описание некоторых проблем неявного сопротивления переноса, который обнаруживается у податливых и покорных пациентов.

Работа Фрейда «Анализ конечный и бесконечный» (Freud, 1937a) заслуживает особого внимания, потому что в ней Фрейд продолжает обсуждение спорных гипотез о переносе и сопротивлениях переноса, в частности, проблемы затяжного негативного переноса и отыгрывания, которые он связывает с навязчивым повторением — манифестацией инстинкта смерти. Он привлекает внимание к физиологическим и биологическим факторам (p. 224—226), рассматривает неблагоприятный прогноз, ограничения психоаналитической терапии и особые проблемы, присущие пациентам с так называемой негативной терапевтической реакцией (p. 241—243). Он затрагивает вопрос о том, надо ли или нет аналитику пробуждать латентные проблемы пациента. Фрейд был непреклонен в том, что аналитик не должен манипулировать переносом; его задача — анализировать, а не манипулировать (p. 232—234).

Две статьи Ричарда Штербы (Sterba, 1929; Sterba, 1934) о переносе вносят важный вклад в наше понимание терапевтического процесса. Он описывает расщепление Эго пациента, которое происходит, когда он в состоянии частично идентифицироваться с наблюдающей функцией аналитика. Таким образом, пациент способен стать активным участником анализа. Он не только продуцирует материал, но может на основе такой идентификации работать с ним аналитически. Эта мысль является центральным элементом в том, что позднее стало известно как «терапевтический» или «рабочий альянс».

Небольшой том по технике Фенихеля (Fenichel, 1941) является сконденсированным, систематическим и полным обзором теоретического базиса психоаналитической техники. Автор описывает последовательность шагов для обращения с наиболее типичными проблемами техники.

В статье Макалпайн «Развитие переноса» (Macalpine, 1950) осуществлен тщательный анализ того, как сама аналитическая ситуация превращает готовность пациента к переносу в реакции переноса. Она выделяет около

полутора десятков факторов, которые играют важную роль в индуцировании необходимой регрессии у пациента, проходящего психоанализ.

Филлис Гринейкр в работе «Роль переноса» (Greenacre, 1954) добавляет несколько важных инсайтов к нашему пониманию происхождения переноса и «матрицы» реакций переноса. Она также объясняет важность «гарантирования» переноса, избегания «контаминаций». Ее идея об отношениях с заранее заданными «титулами» в аналитической ситуации, о неравенстве между пациентом и аналитиком является полезной мыслью (р. 674). Гринейкр осознает, что отношения переноса необычайно сложны и полагает, что нам следует уделять больше внимания расщеплению отношения переноса (Greenacre, 1959).

Дискуссия по проблемам переноса (состоявшаяся на 19-м Международном психоаналитическом конгрессе в 1955 году) — дала блестящее обобщение современной психоаналитической мысли (Waelder et al., 1956). Признание важности «терапевтического альянса», осуществленное Элизабет Цетцель (Zetzel, 1956), также сыграло большую роль. В этой статье она подчеркивает, насколько по-разному терапевтический альянс рассматривается классическими аналитиками и последователями Мелани Кляйн. Это различие является, как мне кажется, основой для некоторых важных отличительных моментов в теории и технике. Работа Шпица (Spitz, 1956b) углубляет наше понимание того, как аналитический сеттинг воскрешает некоторые из наиболее ранних аспектов взаимоотношений мать—ребенок. Винникотт в своем эссе (Winnicott, 1956a) делает акцент на модификации техники, требующейся для пациентов, у которых не было опыта адекватной материнской заботы в ранние месяцы жизни. По мнению Винникотта, только тогда, когда пациент способен развить невроз переноса, мы сможем рассчитывать на интерпретативную работу.

Очень скрупулезное и глубокое исследование Лёвальда (Loewald, 1960) «Терапевтическое действие психоанализа» заостряет внимание на некоторых невербальных элементах в отношении переноса. Он описывает тип взаимности, которая похожа на невербальное и стимулирующее развитие взаимодействия матери с ребенком. Это частично зависит от материнских селективных, опосредующих и организующих функций, которые помогают ребенку в формировании структуры Эго. Материнское видение потенциала ребенка становится частью представлений ребенка о самом себе. Похожие процессы незаметно происходят и в психоаналитической терапии.

Книга Лео Стоуна (Stone, 1961) «Психоаналитическая ситуация» является, по моему мнению, важным шагом вперед в прояснении некоторых проблем переноса. Концепция необходимых удовлетворений, рассмотрение терапевтического намерения аналитика, внимание автора к различным сосуществующим взаимоотношениям аналитика и пациента представляют собой значительное продвижение в нашей теории и технике. Я полагаю, что именно статья Цетцель по терапевтическому альянсу и книга Стоуна

по психоаналитической ситуации привели меня к формулировке понятия рабочего альянса (Greenson, 1965a). Разграничение относительно невротических отношений к аналитику от более невротических реакций переноса имеет важное теоретическое и практическое значение. Пациент должен быть способным развивать оба типа отношений для того, чтобы быть анализируемым.

Нельзя завершить исторический обзор такой важной темы, не включив краткое описание некоторых спорных моментов. Я выбрал два, на мой взгляд, самых важных из современных направлений, которые отклоняются от классической психоанализа — это школы Мелани Кляйн и Франца Александера.

Последователи школы Кляйн считают, что интерпретация бессознательного значения явлений переноса — решающий момент терапевтического процесса. Вместе с тем они полагают, что отношение пациента к его аналитику почти полностью является бессознательной фантазией (Isaacs, 1948, p. 79). Явления переноса рассматриваются ими, по сути, как проекции и интроекции наиболее инфантильных хороших и плохих объектов. Хотя эти ранние интроекты возникают в довербальной фазе, кляйнианцы ожидают от своих пациентов, что они будут понимать смысл этой примитивной составляющей происходящего с самого начала анализа (Klein, 1961; Segal, 1964). Они не анализируют сопротивление как таковое, но вместо этого интерпретируют сложные, враждебные и идеализированные проекции и интроекции пациента по отношению к аналитику. Такое впечатление, что они надеются повлиять на внутренние хорошие и плохие объекты в Эго пациента путем интерпретирования того, что, как они чувствуют, происходит. Последователи Кляйн не общаются со связующим интегрированным Эго, они не пытаются установить рабочий альянс, но, кажется, вместо этого пытаются наладить прямой контакт с различными интроектами (Heimann, 1956).

Кляйнианцы придерживаются того мнения, что *только* интерпретации переноса являются эффективными. Все остальные считаются неважными. Их подход, как они утверждают, в равной степени действенен при работе с детьми, психотиками и невротиками (Rosenfeld, 1952; Rosenfeld, 1958). Невозможно оценить справедливость этих мнений по такому краткому описанию, для этого необходимо ознакомиться с этой школой в целом. Студентам следует прочесть три самые последние книги, опубликованные Мелани Кляйн и ее последователями (Klein, 1952; Klein, 1955; Segal, 1964). В поисках понятного и сдержанного обсуждения этого предмета студенту следует обратиться к книге Брайерли (Brierley, 1951), к той ее главе, которая посвящена работе Мелани Кляйн.

Можно во многом не соглашаться с кляйнианцами, тем не менее их подход — психоаналитический, поскольку они *интерпретируют* перенос. Александер (Alexander,1946) и его последователи бросают вызов этой основной установке анализирования и интерпретации переноса. Они настаивают на том,

что перенос должен быть регулируемым, контролируемым и манипулируемым. Ему не следует позволять расцветать в соответствии с невротическими потребностями пациента. Не следует позволять пациенту впадать в глубокие регрессии, поскольку эти регрессии приведут к трансферентным реакциям зависимости, которые, в сущности, являются сопротивлениями и непродуктивны. Лучше избегать недоверия и антипатии пациента; враждебный и агрессивный перенос является ненужным осложнением. Аналитик может избегать любого упоминания об инфантильных конфликтах и, таким образом, избежать связанных с ними трансферентных реакций зависимости. Невроз переноса умеренной интенсивности допустим, но интенсивных неврозов переноса нужно избегать. Следует сфокусировать внимание на настоящем, а не на прошлом.

Вот лишь небольшая выборка мнений, выраженных Александером и Френчем в их книге «Психоаналитическая терапия». Этот том произвел прямо-таки сенсацию в психоаналитических кругах Америки (и, кажется, был проигнорирован в Европе), поскольку авторы — выдающиеся психоаналитики, и выраженные ими взгляды противоречили многим принятым основным принципам психоаналитической теории и техники. Эхо этой попытки изменить психоанализ привело, по моему мнению, к установке фиксированных стандартов обучения в Американской Психоаналитической Ассоциации.Считалось, что кандидаты, прошедшие тренинг согласно методам, отстаиваемым Александером и его последователями, не получили глубокого психоаналитического опыта.

Как я утверждал в начале этой главы, каждое отклонение в психоанализе можно видеть по девиантному способу обращения с переносом.

3.4. Теоретическое обсуждение

3.41. Происхождение и природа реакций переноса

Перед тем как мы приступим к исследованию некоторых теоретических вопросов, касающихся явлений переноса, необходимо уточнить значение этого термина. Существует множество различных теорий о составляющих реакций переноса, и у меня такое впечатление, что некоторые расхождения происходят от неудачи в более точном определении терминов. Позвольте мне повторить здесь определение переноса, которое я дал в разделе 3.1. *Перенос* —

это переживание чувств, влечений, установок, фантазий и защит по отношению к личности в настоящем, которые не соответствуют ей, а являются повторением реакций, образованных первоначально по отношению к значимым людям раннего детства и бессознательно смещенным на фигуры настоящего.

Это определение основывается на четырех основных утверждениях: (1) Перенос является разновидностью объектных отношений. (2) Явления переноса повторяют прошлое отношение к объекту. (3) Механизм смещения является основным процессом в реакциях переноса. (4) Перенос является регрессивным феноменом. Для того чтобы счесть некоторое психическое явление переносом, должны присутствовать все эти четыре элемента. Каждый из четырех компонентов имеет важные теоретические и клинические коннотации.

Психоаналитическое лечение не создает реакций переноса; оно просто выносит их на свет, облегчая их развитие. Явления переноса у невротиков составляют отдельный класс отношений к другой личности. Они представляют собой область, промежуточную между болезнью и реальной жизнью (Freud, 1914c). Во время психоаналитического лечения возникают и другие формы отношений к аналитику. Рабочий альянс и реальное отношение также играют важную роль в психоаналитической терапии невротических пациентов. Они отличаются от явлений переноса и будут рассматриваться отдельно.

Могут быть также и более примитивные способы отношения к аналитику. Иногда имеют место реакции бредового или психотического характера, но неясно, правильно ли их называть реакциями переноса (Freud, 1915b). Для того чтобы избежать любой двусмысленности, следует иметь в виду, что, если термины «перенос» и «реакции переноса» употребляются без дальнейших уточнений в данной работе, они относятся к невротическому явлению переноса. Среди множества тяжелых регрессировавших пациентов мы можем видеть временные психотические реакции по отношению к терапевту. Эти манифестации совершенно отличаются от невротических реакций переноса. Основные различия происходят из того факта, что психотик потерял свои объект-репрезентации и, как следствие, не может более различать «Я» и объектный мир (Freud, 1915a; Wexler M., 1960; Jacobson, 1964). Не следует забывать, однако, что психотические пациенты могут иметь невротические и здоровые компоненты психики, и обратное также верно (Katan M., 1954). Бывают пациенты, которые обнаруживают как невротические, так и психотические реакции переноса.

Множественные формы отношений пациента к аналитику в течение психоанализа необходимо отличать друг от друга, потому что они заключают в себе важные клинические, теоретические и технические различия. Просто рассматривать их все вместе как явления переноса было бы неверно ввиду сложности человеческих взаимоотношений и ввиду сложности терапевтических процессов, вовлеченных в психоаналитическое лечение.

3.411. ПЕРЕНОС И ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Реакция переноса у невротиков представляет собой отношение, включающее троих людей — субъект, объект из прошлого и объект из настоящего (Searles, 1965). В аналитической ситуации это пациент, какая-то значимая личность из прошлого и аналитик. Пациент, который начинает бояться своего аналитика так же, как он боялся когда-то своего отца, будет неверно понимать настоящее до тех пор, пока он находится в тисках реакции переноса (Fenichel, 1945a). Однако невротический пациент знает, что аналитик — это аналитик, а не отец. Другими словами, невротик может реагировать временно и частично так, *как будто* аналитик идентичен его отцу, но мысленно он может ясно различать аналитика, отца и себя самого. Говоря клиническим языком, невротический пациент способен отщеплять свое переживающее Эго от наблюдающего Эго. Он может делать это самопроизвольно или он может нуждаться в интерпретациях аналитика.

Невротические явления переноса базируются на следующих двух моментах: (1) способности индивида различать Я и объектный мир; (2) способности смещать реакции с репрезентации прошлого обьекта на объект в настоящем (Jacobson, 1964; Hartmann, 1950). Это означает, что у невротика есть организованное, дифференцированное Я, отдельное и отличное от его окружения, которое имеет способность остаться тем же самым в гуще происходящих изменений (Jacobson, 1964; Lichtenstein, 1961; Mahler, 1957 (см. Rubinfine, 1958) и Greenacre, 1958).

Очень маленькие дети еще не завершили процессов индивидуации и сепарации от матери. Дети постарше, напротив, жаждут новых объектов. Поэтому в ситуации лечения они не просто повторяют прошлое, а опробуют новые способы отношений (Freud, 1965). Психотики утратили свои внутренние объект-репрезентации и стремятся возместить чувство ужасной пустоты, создавая новые объекты (Freud, 1915b). Они склонны сплавлять и смешивать остатки Я и объект-репрезентаций. Более того, их мир полон частичных объектов, которые они интроецируют и проецируют в попытках построить или перестроить свои утраченные связи с объектами (Wexler M., 1960; Searles, 1963).

Одна из моих пациенток, имеющая диагноз «шизофрения», в течение многих лет была убеждена в том, что она сделана из мыла, и считала, что в этом виноват я. Эти идеи частично основывались на ее буквальном и конкретном принятии аксиомы: «Молчание — золото» и «Чистоплотность сродни праведности». Она чувствовала, что мои попытки заставить ее говорить приведут к потере ею «непорочного» молчания. Я использовал «грязные слова», и именно это превратило *ее* в мыло (отметьте путаницу Я и аналитика). Основной проблемой,

однако, было ее ощущение пустоты, осознание потери своего мира объектов. Чувство, что она сделана из мыла, было как признанием этого, так и попыткой восстановления.

Такой тип установления связи с аналитиком очень сильно отличается от невротических реакций переноса. Читателю следует ознакомиться с работами Фрейда (Freud, 1915b; Freud, 1911a) и других авторов (Searles, 1963; Little, 1958; Rozenfeld, 1952, 1954) для дальнейшего ознакомления с клиническим и теоретическим материалом по феномену переноса у психотиков.

Следующее далее обсуждение лишь намечает некоторые проблемы, которые лежат за различиями в терапевтическом подходе к детям, взрослым невротикам и к психотикам (Freud A., 1965). Разделение Фрейдом (1916–1917) неврозов переноса и нарциссического невроза базируется на сходном основании. Нарциссические пациенты не будут способны устойчиво поддерживать анализируемые отношения переноса. Их отношение к терапевту будет изобиловать слияниями Я и объектных образов, примитивных предшественников идентификации (Jacobson, 1964). Существуют переходы между нарциссическими отношениями и объектными отношениями, как продемонстрировал Винникотт (Winnicott, 1953) в теории переходных объектов. Вдумчивому студенту для расширения представления о происхождении Я и объект-репрезентаций посоветуем прочесть работы Якобсон (Jacobson, 1964), Фенихеля (Fenichel, 1945a), Шпица (Spitz, 1957; Spitz, 1965) и Малер (Mahler, 1965). Я согласен с формулировкой Гринейкр (Greenacre, 1954), что матрицей трансферентных отношений является раннее единение матери и ребенка. Человек не способен переносить одиночество в течение длительного периода времени. Аналитическая ситуация мобилизует две прямо противоположные группы реакций. Сенсорная изоляция пациента на кушетке вызывает чувство одиночества, фрустрации и голода по объектным отношениям. С другой стороны, высокая частота визитов, большая длительность лечения и внимание к потребностям пациента вызывают у последнего воспоминания о ранней близости между матерью и ребенком.

3.412. ПЕРЕНОС И ФУНКЦИИ ЭГО

Реакции переноса демонстрируют силу и слабость функций Эго невротического пациента. Как утверждалось ранее, невротические явления переноса показывают, что пациент имеет стабильную Я-репрезентацию, которая четко отличается от его объект-репрезентаций. Это предполагает, что раннее развитие его Эго было в целом успешным, он имел в детстве достаточно хорошую материнскую заботу и может поддерживать отношение

к другому человеку как к целому (Winnicott, 1955, 1956b). Когда он «неправильно понимает настоящее с точки зрения прошлого», то это неверное понимание является лишь частичным и временным. Регрессия функций Эго ограничена определенными аспектами его отношения к фигуре переноса. Более того, это обратимо.

> Например, мой пациент испытывает муки интенсивной враждебной реакции переноса. Он провел большую часть сессий, громко жалуясь, что я некомпетентный, недобросовестный и черствый. Тем не менее он пунктуально приходит на назначенные встречи, внимательно слушает мои замечания и адекватен в своей внешней жизни. И даже хотя он порой подумывает бросить анализ, тем не менее он не рассматривает этот шаг всерьез.

Пациент в таком состоянии позволяет себе отдаваться своим чувствам и фантазиям, регрессировать в своих объектных отношениях и функциях Эго. Он частично и временно отказывается от некоторых своих функций тестирования реальности. (Эта ситуация отличается от ролевой игры или притворства.) В случае, приведенном выше, эта реакция переноса возникла, когда я не ответил на один из его вопросов. Это мое действие моментально перевесило все мои качества, которые противоречили его обвинению в том, что я некомпетентен, недобросовестен и черств. Функция различения Эго была ослаблена у пациента во время этой фазы лечения. Я становился его строгим и наказывающим отцом, когда молчал. Пациент стал способен работать с этой реакцией, начал ее понимать, когда его наблюдающее Эго и рабочий альянс были восстановлены.

Существуют и другие механизмы, указывающие на регрессию функций Эго в реакциях переноса, но они являются *дополнительными* к механизму смещения. Проекция и интроекция могут иметь место, но они не являются основными процессами в невротическом переносе. Они могут действовать в дополнение к смещению. Я хочу подчеркнуть этот момент, потому что он находится в конфликте с кляйнианской точкой зрения, последователи которой интерпретируют все явления переноса на основе проекции и интроекции (Klein, 1952; Racker, 1954; Segal, 1964). Они пренебрегают смещением с прошлых объектных отношений и, следовательно, в какой-то степени игнорируют исторический опыт пациента. Я полагаю, что отчасти это связано с тем, что они не отличают проекцию и интроекцию от смещения, а отчасти — с неточным использованием терминов «проекция» и «интроекция».

Рискуя показаться излишне педантичным, я кратко определю эти термины так, как они используются в классической психоаналитической литературе. Понятие «смещение» относится к перемещению чувств, фантазий и т. д. от прошлого *объекта* или *объект-репрезентации* на объект или объект-репрезентацию в настоящем. Когда человек проецирует, он изымает *из своей*

Я-репрезентации нечто и помещает это *в* или *на* другую личность. Интроекцией является инкорпорация чего-то из внешнего объекта в *Я-репрезентацию*. Проекция и интроекция могут иметь место во время анализа, но они являются *дополнением к смещению*. Они являются *повторениями* проективных и интроективных механизмов, которые когда-то имели место по отношению к прошлым, исторически важным объектам (Jacobson, 1964).

Позвольте мне привести пример проекции как невротической реакции переноса. Профессор Х.[1], который страдал от страха публичного выступления, часто жаловался во время анализа, что он чувствует, будто я насмехаюсь над ним за его спиной или высмеиваю его, когда делаю интерпретации. В истории пациента было много моментов, которые могли обусловить такую реакцию. Его отец был известен как «дразнила», он находил садистическое удовольствие в том, чтобы смутить сына, особенно перед компанией. Пациент развил очень требовательное Супер-Эго и строго бичевал себя за ту деятельность, которую считал стыдной. В ходе анализа его чувство стыда претерпело изменение, он стал считать, что я бы начал стыдиться его, если бы узнал, что он сделал. Пациент проецировал части своего Супер-Эго на меня. Его фантазии об унижении мною были не только болезненны, но также содержали мазохистское и эксгибиционистское удовольствие. Это было привнесено им из детства, из отношений с отцом, которые были насыщены сексуальными и агрессивными фантазиями. Однако один важный аспект его фантазии об унижении основывался на проекции.

На одной из сессий он со стыдом рассказал, что пил весь уикенд и развлекал собравшихся друзей пародиями на тему: «Отвратительный Гринсон, великий психоаналитик». Его поразило, как долго он был способен заставлять аудиторию смеяться над своим аналитиком. На сессии он осознал, что, бывало, делал это и дома, имитируя некоторые мои выражения и жесты, когда там были люди, знавшие меня. Пациент испугался, когда говорил это; он чувствовал себя так, «как будто обвалился потолок». Эта фраза привела его к ранее забытому воспоминанию о том, как его поймал как-то отец, когда он пародировал манеру его речи. Отец безжалостно избил его, а затем довел до слез. Этот эпизод прекратил попытки пациента имитировать своего отца и в конце концов послужил причиной страха публичного выступления.

Мне казалось ясным, что частично пациент проецировал на меня свое стремление унижать. Это была защита против его враждебности, способ избежать тревоги. Но эта проекция была дополнением к основному, определяющему моменту его чувства унижения — истории с отцом, который унижал его и которого он стремился унизить в отместку.

[1] См. также разделы 2.64 и 2.652.

Отыгрывание или разыгрывание реакций переноса является показателем других регрессивных черт в функциях Эго при переносе. Отношение переноса к памяти будет обсуждаться более детально в следующих разделах, посвященных повторению и регрессии.

3.413. ПЕРЕНОС И ПОВТОРЕНИЕ

Одной из важных характеристик реакций переноса является их повторяемость, сопротивление изменениям, стойкость. Существует много факторов, которые играют роль в этом феномене, и много различных теоретических объяснений. Здесь будут затронуты лишь некоторые из основных вопросов, касающихся этой проблемы.

Перенос — это повторное проживание вытесненного прошлого, или, чтобы быть более точным, отвращенного прошлого. Повторяемость и ригидность реакций переноса по контрасту с более реалистичными объектными отношениями возникают из-за того, что импульсам Ид, которые ищут разрядки в поведении переноса, противостоит та или другая контрсила бессознательного Эго. Удовлетворения переноса никогда не утоляют потребности полностью, потому что они являются только заменителями для реального удовлетворения, регрессивными производными и компромиссными образованиями (Fenichel, 1941). Они являются продуктом постоянного контркатексиса. Только если этот контркатексис, как защита, разрешен, может иметь место адекватная разрядка.

Фрустрация инстинктов и поиски удовлетворения являются основными мотивами для явлений переноса. Удовлетворенные люди и люди в состоянии апатии имеют намного меньше реакций переноса. Удовлетворенные люди могут изменить свое поведение в соответствии с возможностями и требованиями внешнего мира. Апатичные люди замкнуты, более нарциссически ориентированы. Невротики, которые страдают от различных неразрешенных невротических конфликтов, находятся в постоянном состоянии инстинктивной неудовлетворенности, и в результате в постоянной готовности к переносу (Freud, 1912a). Человек в таких условиях будет встречать каждую новую личность сознательными и бессознательными предвосхищающими либидинозными и агрессивными идеями. Все это уже существует до того, как пациент встретит аналитика, и история невротика наполнена поведением переноса задолго до того, как обратится за лечением (Frosch, 1959).

Отвращаемые импульсы, которые заблокированы от непосредственной разрядки, ищут регрессивные и искаженные каналы в своих попытках добиться подступа к сознанию и двигательной сфере. Поведение переноса является примером возвращения вытесненного. Личность аналитика становится

основной мишенью для запруженных импульсов, потому что пациент использует ее как возможность выразить импульсы обходным путем вместо того, чтобы встать перед лицом первоначальных объектов (Fenichel, 1941). Перенос является сопротивлением в этом смысле, но это необходимый обходной крюк на пути к инсайту и воспоминанию. Неудовлетворяющее поведение аналитика делает реакции переноса пациента демонстрируемыми. Так называемые правила «зеркала» и абстиненции, сформулированные Фрейдом (1915а), основаны на этом. Если аналитик не будет удовлетворять невротические, инстинктивные желания пациента, эти импульсы станут демонстрируемыми как искажения переноса, станут средством достижения ценных инсайтов. Эти вопросы будут обсуждаться более детально в разделах 3.92, 4.213, 4.223.

Повторение психического события может быть также средством достижения запоздалого овладения им (Freud, 1920; Fenichel, 1945a). Примером этого является активное повторение травматического переживания. Инфантильное Эго учится преодолевать чувство беспомощности путем активного повторения ситуации, которая некогда вызвала исходное ощущение паники. Игры, сны, мысли, касающиеся болезненного события, делают возможным разрядку чрезмерного возбуждения, которое переполняет Эго. Эго, которое было пассивно в первоначальной травматической ситуации, активно воспроизводит данное событие в выбранное для этого время, в благоприятных для этого условиях, и, таким образом, медленно учится справляться с ним.

Повторение ситуации может вести от копирования и овладения этой ситуацией к удовольствию. Частично это может относиться к чувству триумфа над некогда вызвавшим страх событием. Это обычно временное чувство, если только не работает контрфобический элемент (Fenichel 1939). Это означает, что событие повторяется *потому*, что оно страшит, повторение является попыткой отрицания того, что тревога все еще сохраняется. Например, чрезмерная сексуальная активность может означать, что человек пытается отрицать свою тревогу. Его действия показывают, что она пытается убедить себя в том, что он больше не боится. Его контрфобическая сексуальность является также попыткой заполучить свидетелей, которые бы подтвердили это. Чрезмерная повторяемость ситуации показывает, что в нее вовлечен невротический конфликт. Бессознательное Эго предотвращает полную инстинктивную разрядку, и эти действия должны быть проделаны снова и снова.

Таким же образом можно рассматривать и реакции переноса. Пугающие отношения с человеком из прошлого повторяются как попытка достичь запоздалого овладения тревогой, которая содержалась в первоначальном переживании. Например, женщина ищет жестокого, грубого мужчину как объект любви. В переносе она повторно реагирует так, будто аналитик является

жестоким и карающим. Кроме всех остальных значений, этот тип реакции может быть понят как запоздалая попытка овладеть первоначальной тревогой. Ребенком она была беспомощна перед своим грубым отцом. Став пациенткой, она бессознательно отбирает агрессивные компоненты в своем психоаналитике и реагирует на них, что является способом достижения контроля над тревогой. Она разыгрывает болезненную ситуацию *вместо* воспоминания о первоначальном переживании. Повторение в действии является прелюдией, подготовкой к воспоминанию (Freud, 1914c; Ekstein and Friedman, 1957).

Лагаш (Lagache, 1953) добавляет ценный момент в понимание повторяемого отыгрывания переноса. Он показывает, что отыгрывание может быть попыткой завершить невыполненные задачи. Это сходно с идеями Анны Фрейд (Freud, A. 1965), касающимися проблем переноса у детей, связанных с их голодом по новым переживаниям. Некоторые из этих моментов будут разобраны в разделе 3.84, посвященном отыгрыванию реакций переноса.

Обсуждение значения повторения при явлениях переноса приводит нас к концепции Фрейда (Freud, 1920; Freud, 1923b; Freud, 1937a) о навязчивом повторении. Фрейд думал, что навязчивое повторение является в конечном счете производным первичного инстинкта смерти. Он полагал, что существует саморазрушительное влечение живых существ, которое побуждает их вернуться в Нирвану первоначального неодушевленного состояния. Этот теоретический вопрос горячо дебатируется в психоаналитических кругах и выходит за рамки данного тома. Читателю следует ознакомиться с работами Кьюби (Kubie, 1939; Kubie, 1941), Э. Бибринга (Bibring E., 1943), Фенихеля (Fenichel, 1945a), недавней блестящей работой Гиффорда (Gifford, 1964) и Шура (Schur, 1966). Исходя из своего опыта, я могу сказать по этому поводу, что я никогда не видел необходимости в том, чтобы понимать или интерпретировать навязчивое повторение как манифестацию инстинкта смерти. В клинике всегда кажется возможным объяснить повторяемость в рамках принципа удовольствия-неудовольствия (Schur, 1960; Schur, 1966).

Другой теоретической проблемой, которую поднимает вопрос о повторяемости реакций переноса, является инстинкт овладения (Hendrick, 1942; Stern, 1957). Нет сомнений, что человеческие существа движимы этим. Однако побуждение к овладению, по-видимому, является общей тенденцией, общим принципом и не ограничивается специфическим инстинктом (Fenichel, 1945a). Концепции адаптации и фрустрации также уместны здесь, но их обсуждение увело бы нас слишком далеко. Работы Хартманна (Hartmann, 1939; Hartmann, 1951), Уэлдера (Waelder, 1936; Waelder, 1956) и Э. Бибринга (Bibring, 1937; Bibring, 1943) особенно хорошо освещают этот вопрос.

3.414. ПЕРЕНОС И РЕГРЕССИЯ

Аналитическая ситуация дает пациенту возможность повторить путем регрессии все его прошлые стадии объектных отношений. Феномен переноса является таким ценным, потому что он ярко освещает, помимо объектных отношений, различные фазы развития психических структур. В трансферентном поведении и фантазиях можно наблюдать ранние формы функционирования Эго, Ид, Супер-Эго. Следует помнить о двух основных моментах, касающихся регрессии при переносе. У невротического пациента в ситуации лечения мы наблюдаем как временные регрессии, так и прогресс. Доступный анализу пациент может регрессировать и выходить из регрессии. Регрессивные явления обычно ограничены и не генерализованы. Например, мы можем видеть регрессию Ид, проявляющуюся в анально-садистских импульсах по отношению к авторитетной фигуре. В то же самое время инстинктивные импульсы, направленные на объект любви, могут действовать на более высоком уровне и определенные функции Эго могут быть весьма продвинуты. Это ведет ко вторичной генерализации. Регрессивные явления неравномерны, поэтому каждый клинический фрагмент поведения переноса должен быть изучен с большой тщательностью. Анна Фрейд (Freud A., 1965), обсуждая вопросы регрессии, осветила и прояснила многие из этих проблем (см. также: Menninger, 1958, и доклад Altmann, 1964).

С точки зрения объектных отношений, ситуация переноса дает пациенту возможность повторно пережить все разновидности и смеси любви и ненависти, эдипова и доэдипова периода. Амбивалентные и доамбивалентные чувства к объекту выходят на поверхность. Мы можем видеть переходы между жалкой беспомощностью со стремлением к симбиотической близости и упрямым вызывающим поведением. Зависимость может сменяться злобой и бунтом. То, что выглядит как самостоятельность, может оказаться сопротивлением против обнаружения нижележащей зависимости. Желание быть любимым может вести к поверхностной терапевтической выгоде, но при этом может скрывать глубоко сидящий страх потери объекта. В целом регрессивная природа отношений переноса проявляется в виде неумеренности, амбивалентности и относительного преобладания агрессивных устремлений.

Регрессия в функциях Эго, которая имеет место при реакциях переноса, может быть продемонстрирована различными способами. Само определение переноса показывает это. Смещение из прошлого указывает на то, что объект из настоящего перепутан частично с объектом из прошлого. Функция Эго, отвечающая за тестирование реальности и различение, временно утрачена. Примитивные психические механизмы, такие, как проекция, интроекция, расщепление и отрицание, напротив, присутствуют. Потеря чувства времени по отношению к объектным отношениям также походит на те регрессивные

черты, которые мы наблюдаем в сновидениях (Lewin, 1955). Тенденция к отыгрыванию реакций переноса указывает на утрату баланса между импульсом и контролем. Возрастающая тенденция к реакциям соматизации как манифестация переноса также говорит о регрессии в функциях Эго (Schur, 1955). Экстернализация частей Я, то есть Эго, Ид и Супер-Эго, является другим признаком регрессии.

Ид также участвует в регрессии многими способами. Либидинозные цели и зоны прошлого будут переплетаться с личностью психоаналитика и будут окрашивать картину переноса. Чем более регрессивным становится перенос, тем сильнее будет преобладание враждебных, агрессивных устремлений. Мелани Кляйн (Klein, 1952) была одной из первых, кто отметил этот клинический момент. Эдит Якобсон (Jacobson, 1964, p. 16) объясняет это на основании регрессии энергии и рассуждает о промежуточной фазе с недифференцированной, изначальной энергией влечений.

Регрессивные черты переноса также влияют на Супер-Эго. Чаще всего это проявляется в увеличении строгости в реакциях Супер-Эго пациента, которые смещены на аналитика. Вначале обычно преобладают реакции стыда. Мы также видим регрессии ко времени, когда функции Супер-Эго осуществлялись извне. Пациент больше не чувствует вины, вместо этого он только боится быть застигнутым кем-либо. Чем больше пациент регрессирует, тем больше вероятность того, что аналитик будет ощущаться как переполненный враждебными, садистическими, критическими установками к пациенту. Это связано со смещением враждебности с объектов прошлого, дополненного проекцией собственной враждебности пациента к аналитику.

Прежде чем закончить это краткое обсуждение регрессии, следует заметить еще раз, что аналитический сеттинг и процедуры играют важную роль в максимальном увеличении проявления регрессивных черт переноса, но это будет обсуждаться более детально в части 4.

3.415. ПЕРЕНОС И СОПРОТИВЛЕНИЕ

Перенос и сопротивление связаны друг с другом во многих отношениях. Выражение «сопротивление переноса» обычно используется в психоаналитической литературе в качестве краткого обозначения тесных, но вместе с тем и сложных взаимоотношений между явлениями переноса и функциями сопротивления. Однако сопротивление переноса может означать разные вещи, и я полагаю, что было бы благоразумно прояснить этот термин прежде, чем переходить к клиническому материалу.

Я уже обсуждал основную формулировку Фрейда (Freud, 1905c; Freud, 1912a; Freud, 1914c) о том, что явления переноса являются как источником

самых больших сопротивлений, так и самым мощным инструментом психоаналитической терапии. Реакции переноса являются повторением прошлого, повторным переживанием без воспоминания. В этом смысле все явления переноса имеют ценность для сопротивления. С другой стороны, реакции на аналитика создают самые важные мосты к недоступному прошлому пациента. Перенос представляет собой обходной путь на дороге к воспоминанию и инсайту, но, кроме этой тропинки, вряд ли существует какая-то другая. Перенос не только дает ключи к тому, что отвращается, он также может мотивировать и стимулировать работу в анализе. Это ненадежный союзник, потому что он непостоянен и продуцирует поверхностные «трансферентные улучшения», которые обманчивы (Fenichel, 1945a; Nunberg, 1951).

Определенные разновидности реакций переноса *вызывают* сопротивления потому, что они содержат болезненные и пугающие либидинозные и агрессивные импульсы. Сексуальные и враждебные реакции переноса особенно часто бывают источниками важных сопротивлений. Очень часто эротические и агрессивные компоненты появляются одновременно. Например, пациентка развивает сексуальные чувства к своему аналитику и затем приходит в бешенство при отсутствии взаимности, которую она воспринимает как отвержение. Или же пациент неспособен работать в аналитической ситуации из-за страха унижения при выявлении инфантильных или примитивных фантазий.

Случается и так, что реакции переноса сами по себе делают пациента неспособным работать. Например, пациент может регрессировать на чрезвычайно пассивную, зависимую стадию объектных отношений. Пациент может не осознавать этого, но отыгрывать в аналитической сессии. Это может проявляться как псевдотупость или блаженная инерция. Пациент может повторно переживать некоторые ранние аспекты отношений мать-дитя. В таком состоянии пациент не сможет выполнять аналитическую работу до тех пор, пока аналитик не преуспеет в восстановлении разумного Эго и рабочего альянса.

Ситуация становится более сложной, когда за определенные реакции переноса упорно цепляются для того, чтобы скрыть другие типы трансферентных чувств. Существуют пациенты, которые упорно поддерживают фасад реалистичной кооперации с аналитиком в целях маскировки своих иррациональных фантазий. Иногда пациент будет отщеплять определенные чувства и смещать их на других для того, чтобы остаться в неведении о своей амбивалентности по отношению к аналитику. Часто случается так, что мои пациенты выражают сильную враждебность по отношению к другим психоаналитикам в то время, как они испытывают сильный восторг по отношению ко мне. Анализ обнаруживает, что оба набора чувств в действительности относятся ко мне.

Самыми трудными для преодоления сопротивлениями являются так называемые реакции «переноса характера». В таких ситуациях главные черты характера и установки, которые имеют защитную функцию, проявляются по отношению к аналитику так же, как и по отношению к людям в повседневной жизни. Они столь глубоко вросли в структуру характера пациента и столь хорошо рационализированы, что их трудно сделать предметом анализа. Эти проблемы будут описаны более детально в разделах 3.82 и 3.83.

Суммируем сказанное: перенос и сопротивление связаны друг с другом во многих отношениях. Термин «сопротивление переноса» сжато выражает этот клинический факт. Явления переноса в общем являются сопротивлением воспоминанию, несмотря на тот факт, что они ведут окольным путем в направлении воспоминания. Реакции переноса могут быть причиной того, что пациент становится неспособным работать аналитически из-за самой природы этой реакции. Некоторые реакции переноса могут использоваться как сопротивление против обнаружения других реакций переноса. Анализ сопротивлений переноса является хлебом насущным, регулярной работой в психоаналитической терапии. На анализирование сопротивлений переноса тратится больше времени, чем на любой другой аспект терапевтической работы.

3.42. Невроз переноса

Фрейд использовал термин «невроз переноса» в двух различных смыслах. С одной стороны, для обозначения группы неврозов, характеризующихся способностью пациента формировать и поддерживать относительно связную, многообразную и доступную группу реакций переноса (Freud, 1916–1917). Таким образом, пациенты с навязчивостями, фобиями и истерией были отделены от пациентов с нарциссическим неврозом и психотических пациентов. Пациенты последней группы были способны развивать реакции переноса только фрагментарно и спорадически и, следовательно, не поддавались лечению методом классического психоанализа. С другой стороны, Фрейд использовал термин «невроз переноса» для описания систематически появляющихся реакций переноса пациента, подвергающегося психоаналитическому лечению (Freud, 1905c, 1914c, 1916–1917, Ch.XVIII).

В ходе анализа можно наблюдать, как интересы пациента все больше фокусируются на личности аналитика. Фрейд (1914c, p. 154) отмечал, что навязчивое повторение невротического пациента представляет собой не только безобидное, но даже полезное явление: «...благодаря тому, что оно впускается в перенос, как на игровую площадку, на которой ему позволяется

разворачиваться почти в полной свободе и на которой, как ожидается, оно покажет нам патогенные инстинкты, скрывающиеся в психике пациента». Если с ситуацией переноса обращаются должным образом, то «мы преуспеем в придании нового трансферентного значения всем симптомам болезни и в смещении обычного невроза в «невроз переноса», с которым мы можем работать терапевтическими методами». Невроз переноса перенимает все основные черты болезни пациента, но это искусственная болезнь, и она податлива к нашим вмешательствам. Это новое издание старой болезни.

На ранних фазах психоаналитического лечения мы обычно видим спорадические мимолетные реакции, определенные Гловером (Glover, 1955, p. 37) как «плавающие» реакции переноса. Если с этими ранними реакциями переноса обращаются должным образом, пациент разовьет более прочные реакции переноса. Клинически развитие невроза переноса проявляется в виде возрастания интенсивности и длительности озабоченности пациента личностью аналитика и аналитическими процессами и процедурами. Аналитик и анализ становятся главным интересом в жизни пациента. Не только симптомы и инстинктивные требования пациента вращаются вокруг аналитика, но и все старые невротические конфликты вновь мобилизуются и фокусируются на аналитической ситуации. Пациент будет чувствовать этот интерес как некоторую разновидность и смесь любви и ненависти и как защиту от этих чувств. Если преобладают защиты — на переднем плане будет какая-то форма тревоги или вины. Эти реакции могут быть интенсивными, взрывными, неявными или хроническими. В любом случае, стоит неврозу переноса раз установиться, как определенная констелляция чувств становится вездесущей.

В неврозе переноса пациент повторяет с аналитиком свой прошлый *невроз*. Путем должного обращения и интерпретации мы надеемся помочь пациенту повторно пережить и в конечном счете вспомнить или реконструировать свой инфантильный невроз. Концепция невроза переноса включает в себя больше, чем только инфантильный невроз, потому что пациент будет также повторно проживать более поздние варианты своего детского невроза. Позвольте мне попытаться проиллюстрировать это клиническим примером.

> Я хотел бы использовать для примера случай миссис К.[1] Эта молодая женщина обратилась за психоаналитическим лечением в связи с тем, что последнее время ее изводили навязчивые идеи и импульсы к сексуальной связи с негром. Это чередовалось с ощущением того, что она «зомби», или же с тем, что она чувствовала пустоту, скуку, никчемность и депрессию. Недавно она вышла замуж за выдающегося человека, который был почти на двадцать лет ее старше и которого она любила

[1] См. также разделы 1.24, 2.651, 2.71 и 3.25.

до замужества, а теперь чувствовала обиду и страх. В истории ее жизни обращает на себя внимание то, что ее воспитывала добросердечная, сумасбродная мать-алкоголичка, которая то боготворила, обожала и баловала ее, а то временами забрасывала. Отец оставил ее, когда пациентке было полтора года, и каждое из трех последующих замужеств матери продолжалось около года. У нее было два брата, тремя и двумя годами младше, которых мать игнорировала и за которыми миссис К. присматривала. Они были под ее ответственностью, ее компаньонами и соперниками. Семья была очень бедна, множество раз меняла место жительства, и пациентка получила плохое образование. Когда девочке было пятнадцать лет, ее мать настояла на том, чтобы она изменила свой образ жизни: и она, хоть и была застенчива, испугана и неумела, проделала успешную карьеру модели. Когда ей было двадцать лет, миссис К. встретила и полюбила своего будущего мужа, который научил ее утонченной жизни и за которого она вышла замуж спустя пять лет. Она была замужем два года, когда обратилась по поводу анализа. Теперь я попытаюсь кратко описать основные этапы развития ее переноса в успешном анализе, продолжавшемся четыре с половиной года.

Ее ранние реакции переноса состояли в настойчивом желании быть моей пациенткой, она фантазировала обо мне, что я — «первый» среди аналитиков и, следовательно, гарант успешного анализа. В то же самое время она опасалась, что я сочту ее скучной, нестоящей, непривлекательной или неподдающейся лечению. Она разрывалась между желанием, с одной стороны, быть хорошей пациенткой и раскрыть все свои слабости, а с другой стороны — желанием быть любимой мною, быть сексуально и умственно привлекательной, а значит — скрыть все свои дефекты. Я должен был возместить ее отсутствующего отца и относиться к ней как к любимой пациентке, делая для нее то, чего не делал для всех остальных пациентов. Я был бы идеалом, неподкупным отцом, которым она могла бы гордиться, а также преступным отцом, который удовлетворил бы ее инцестуозные желания. Очень рано симптом промискуитетных импульсов сместился на меня как на эдипову фигуру. Это чередовалось с представлением обо мне как о строгом, неодобряющем, идеализированном отце-пуританине.

В это время в анализе мы пытались понять сильный стыд пациентки по поводу мастурбации, которую она «открыла» только в двадцать один год и которая, как казалось, была без фантазий и с небольшим оргазмическим удовлетворением. Анализ ее стыда привел нас к осознанию того, что я был не только отцом-пуританином, но также и фантастически чистоплотной матерью тех дней, когда ее обучали пользоваться туалетом. Обнаружилось, что чувства скуки и пустоты у миссис К. были защитами против сексуальных фантазий и стали сопротивлениями в анализе. Она боялась фантазировать, потому что фантазировать означает возбуждаться, а возбуждаться означает терять

контроль и страдать недержанием. В анализе это проявлялось как нежелание продолжать разговор, когда она становилась эмоциональной или возбужденной. Если бы я увидел ее плачущей или покрасневшей, я счел бы ее непривлекательной. Она каждый раз после сессии убирала с подушки бумажную салфетку, чтобы я не видел ее «испачканной». Как я мог любить ее, если бы узнал, что она грязная и ходит в туалет! Я был либо идеализированным, десексуализированным, детуалетизированным отцом, который бросил ее грязнулю-мать, либо компульсивно чистоплотной матерью, которая не любила своих грязных детей. Затем она пересказала множество воспоминаний о том, как она видела свою пьяную мать голой, какими отвратительными ей показались ее безобразные гениталии. Теперь она боялась стать похожей на свою мать или иметь свою грязную мать внутри, ее ужасала мысль о том, что я брошу ее, как ее отец, бросивший мать. Она предпочла бы быть пустой, чем наполненной своей грязной матерью. Но пустота означает молчание и сопротивление в анализе, что эквивалентно тому, чтобы быть плохой пациенткой. Здесь рабочий альянс и желание быть любимой отцом-аналитиком победили, и она стала способна работать над тем, что скрывается за пустотой.

За пустотой пришло множество сексуальных фантазий, касающихся большого разнообразия оральных, сосательных, скоптофилических действий, осуществляемых как активно, так и пассивно с запрещенным мужчиной. Мужчина был или аналитиком, или негром, или арабом, и садистом, и мазохистом. Она и ее партнер чередовались ролями. В это время я не только был сообщником в ее сексуальных приключениях, но также позволял ей ненавидеть свою мать, что она и делала с удовольствием. В этот период анализа она с нетерпением ждала каждой аналитической сессии, боялась уикендов и даже окончания каждой сессии, в это время я стал основной темой ее фантазий, и освобождение от меня означало пустоту и скуку. Она чувствовала себя «подцепленной на крючок» мною, заряжалась чувствами в моем присутствии и ощущала себя бесцветной и унылой вне сессии.

По мере того как постепенно миссис К. осознавала, что я полон решимости анализировать ее и что я не боюсь ее влечений и не испытываю отвращения по отношению к ним, она осмелилась допускать появление более регрессивных импульсов. Мне, как ее отцу-покровителю, она осмеливалась рассказывать редкие сновидения и фантазии орального сосания и садистских импульсов по отношению к фемининным мужчинам и в конце концов — к женщинам. По мере того как она все больше доверяла мне, она также осмеливалась чувствовать ко мне более примитивную ненависть и гнев. Ранее она могла чувствовать слабую враждебность по отношению ко мне как к критикующему отцу или не одобряющей матери. Позже она могла ненавидеть меня как грабителя ее «капитала», ее секрета и той ценности, которую она чувствовала в себе и которая и давала ей уверенность. Она также могла

любить меня как свою хорошую инвестицию, свою уверенность в будущем, свою гарантию против пустоты, мужчину, который дает ей сущность. В это время я был также ее защитой против зависти к пенису, будучи пенисом-мужчиной, которым она обладала.

На этой стадии анализа миссис К. впервые стала способна испытать оргазм во время полового акта. Это придало ей мужества осознать сильные гомосексуальные чувства по отношению к своей маленькой дочери. Эту ситуацию она смогла осознать как повторение (со сменой ролей) своих детских импульсов по отношению к своей матери. Тот факт, что эти гомосексуальные импульсы могли переживаться ею, не затрагивая способности испытывать гетеросексуальный оргазм, привел ее в конце концов к сильной зависти к пенису. Она могла бешено ненавидеть меня как обладателя пениса, который «только и хочет, что воткнуть в любую дыру свою отвратительную штуку», которому наплевать на женщин, он оплодотворяет и бросает их. Когда пациентка стала способна выразить эти свои чувства и обнаружила, что я не был уничтожен и не сопротивлялся, она стала чувствовать, что я люблю ее и принимаю безусловно и неизменно — даже когда я не соглашаюсь с ней. Я стал ее внутренним стержнем, надежным и постоянным — любящим родительским внутренним объектом. Теперь она могла позволить себе стать полноценной матерью и женой и могла работать над своей ненавистью и любовью к матери без ощущения того, что эти чувства способны затопить ее. Случай миссис К. будет описан более детально во втором томе.

Этот краткий набросок, даже будучи таким сложным, как это может показаться при прочтении, вне всяких сомнений, не передает все реакции переноса пациентки. Однако он показывает, я надеюсь, как симптомы пациентки, ее конфликты, импульсы и защиты фокусируются на аналитике и на аналитической процедуре и в большой степени замещают ее первоначальный невроз. Неврозы переноса дают возможность наблюдать и работать над конфликтами пациента в их непосредственном проявлении. Трансферентные переживания — живые, реальные, они приносят в аналитическую работу ощущение убедительности.

В своем описании невроза переноса Фрейд (1914с) указывает на то, что обычный невроз пациента «замещается» на невроз переноса. Анна Фрейд соглашается с ним (1928) и настаивает, что только структура такого рода заслуживает названия невроза переноса.

В клиническом материале, приведенном выше, можно наблюдать, как во время различных периодов захваченность миссис К. мною вытеснила первоначальный невроз. На некоторый период времени импульсы пациентки к промискуитету были сфокусированы на мне

и отсутствовали где бы то ни было еще. Ее конфликты, связанные с потерей контроля, были очень интенсивны во время аналитической сессии и касались ее страха «выплеснуть» наружу грязный материал, спрятать «запачканную» салфетку. Во время этого периода ее анальные тревоги вне анализа не исчезли, но они ушли на задний план. По моему опыту, тот частный аспект невроза пациента, который становится активным и живым в ситуации переноса, будет ослаблен во внешней жизни пациента. Однако часто он просто бледнеет и становится относительно незначимым по сравнению с неврозом переноса, только чтобы снова появиться во внешней жизни пациента, когда в картине переноса появится другая доминанта. Например, фантазии о промискуитете миссис К. сместились на меня только на некоторый период времени. Однако, когда анализ сфокусировался на ее туалетных тревогах и стыде, ее навязчивые идеи о темнокожем человеке вернулись.

Следует поднять другой вопрос, касающейся той степени, до которой невроз пациента может быть замещен неврозом переноса. По моему опыту, ряд аспектов невроза пациента смещаются на фигуру из внешней жизни пациента, которая затем начинает функционировать как дополнительная фигура переноса. Например, многие из моих пациентов во время анализа романтически влюблялись в женщин. Это манифестация переноса, но проявляется она вне анализа. Данный вопрос будет обсуждаться в разделе 3.84.

Вопрос о замещении обычного невроза пациента неврозом переноса затрагивает проблему анализа детей. Анна Фрейд (Freud A., 1928), Фрейберг (Fraiberg, 1951), Кат (Kut, 1953) утверждали, что маленькие дети проявляют различные изолированные реакции переноса, но не развивают невроз переноса. Только после разрешения эдипова комплекса, в латентном возрасте, можно действительно наблюдать признаки развития невроза переноса в аналитическом лечении детей. Анна Фрейд (Freud A., 1965) и Фрейберг (Fraiberg, 1966) недавно изменили свою точку зрения на этот вопрос. Более старшие дети действительно развивают интенсивные, продолжительные, искаженные реакции на аналитика, которые имеют сходство с неврозом переноса у взрослых. Однако эти реакции не замещают старый невроз в той же степени, как это происходит в анализе взрослых (см. Nagera, 1966). Детские аналитики, которые являются последователями Кляйн, не делают различия между реакциями переноса и неврозом переноса и утверждают, что явления переноса у маленьких детей идентичны таковым у взрослых (Isaacs, 1948).

Гловер (Glover, 1955), Нахт (Nacht, 1957) и Хаак (Haak, 1957) описали то, как определенные формы невроза переноса могут становиться помехой при раскрытии инфантильного невроза и вести к тупику. Одной из наиболее частых причин этого является контрперенос аналитика, который невольно препятствует полному развитию реакции переноса пациента. Например, чрезмерная

теплота со стороны аналитика может препятствовать полному развитию враждебных реакций переноса. Кроме того, неполная интерпретация некоторых аспектов реакций переноса будет продуцировать затяжную тупиковую ситуацию. Этот вопрос будет обсуждаться более полно в следующих разделах.

Может встать вопрос: что делать для того, чтобы обеспечить возникновение невроза переноса? Ответом будет следующее: если аналитическая атмосфера является, по существу, сочувствующей и принимающей и если аналитик постоянно находится в поисках инсайта и интерпретирует сопротивления пациента, невроз переноса будет развиваться. Этот вопрос будет рассмотрен нами более полно в разделах 3.7 и 3.9.

Классическая психоаналитическая позиция по отношению к неврозу переноса состоит в том, чтобы способствовать его максимальному развитию. Невроз переноса предлагает пациенту самое важное средство для получения доступа к отвращенным прошлым патогенным переживаниям. Повторное проживание вытесненного прошлого вместе с аналитиком и в аналитической ситуации является самой эффективной возможностью для преодоления невротических защит и сопротивлений. Следовательно, аналитик будет прилагать усилия для того, чтобы обеспечить ситуацию переноса и предотвратить любую контаминацию, которая может помешать его полному расцвету (Greenacre, 1954). Все вторжения личностных характеристик и ценностей аналитика будут расцениваться как факторы, которые могут ограничивать рамки невроза переноса пациента. Интерпретация является единственным методом работы с переносом, который позволяет ему идти своим собственным путем. В комбинации с эффективным рабочим альянсом это приведет в конечном счете к его разрешению (Gill, 1954; Greenson, 1965a).

У отклоняющихся школ психоанализа другой подход к неврозу переноса. Александер, Френч и другие (Alexander, French et al., 1946) преувеличивают опасность, которую несут регрессивные элементы, и предлагают различные манипуляции с ситуацией переноса для того, чтобы избежать или ослабить невроз переноса. Школа Кляйн впадает в противоположную крайность и полагается почти полностью на интерпретации переноса, исключая все остальное (Klein, 1932; Klein et al., 1952; Strachey, 1934; Isaacs, 1948). Более того, они считают, что наиболее инфантильные и примитивные импульсы присутствуют в переносе с самого начала анализа и интерпретируют их немедленно (Klein, 1961). В конце концов оказывается, что индивидуальная история пациента имеет небольшое значение, поскольку развитие переноса, по всей видимости, похоже у всех пациентов.

Прежде чем закончить теоретическое обсуждение переноса, следует отметить, что аналитическая ситуация и личность аналитика вносят свой вклад в реакции переноса пациента. Более детально это будет обсуждаться в главе 4.

3.5. Рабочий альянс

В этом месте нашего обсуждения явления переноса необходимо сделать отступление. Мы отмечали особую важность реакции переноса в психоаналитическом лечении невротического пациента. Я могу кратко изложить психоаналитическую точку зрения, заявив, что психоаналитик прилагает большие усилия для того, чтобы создать такую аналитическую ситуацию, которая максимально способствовала бы разворачиванию различных реакций переноса. Это наш основной метод для получения патогенного материала, который в противном случае остался бы недоступным. Однако получение данных об истории — только часть терапевтического процесса. Другой важный его компонент — передача инсайта путем интерпретации.

Как бы ни были важны эти два фактора, их недостаточно для того, чтобы обеспечить длительные изменения пациента. Для того чтобы пациент включился и работал эффективно в аналитической ситуации, необходимо, чтобы он установил и поддерживал другой вид взаимоотношений с психоаналитиком, помимо реакций переноса. Я имею здесь в виду рабочий альянс. По моему мнению, рабочий альянс заслуживает рассмотрения как полноправный «партнер» невроза переноса в отношениях пациент—терапевт (Greenson, 1965a).

Мой клинический опыт в отношении рабочего альянса был расширен и прояснен благодаря изучению работы Элизабет Цетцель «Современные концепции переноса» (Zetzel, 1956). В этом эссе она вводит термин «терапевтический альянс» и объясняет, насколько это важно. Она показывает, что можно провести разделение между классическими психоаналитиками и так называемой «Британской школой» по тому, используют ли они или игнорируют этот аспект переноса. Книга Лео Стоуна «Психоаналитическая ситуация» (Stone, 1961) дала мне новый толчок к прояснению и формулировке проблемы рабочего альянса между пациентом и терапевтом.

Клинический материал, на который опирается данный раздел, был получен от большого числа пациентов, у которых возникли неожиданные трудности в ходе их психоаналитической терапии. Некоторые из этих пациентов проходили один или более анализов у разных аналитиков; другие же были моими пациентами, которые вернулись для дальнейшего анализа. В этой группе были пациенты, которые оказывались неспособны продвинуться дальше начальных фаз анализа. Даже после нескольких лет работы, реально они не были «в анализе». Другие анализы казались бесконечными, существовало явное несоответствие между обилием инсайтов и малым количеством изменений. Клинические синдромы, проявляющиеся в этих случаях, были

гетерогенны с точки зрения диагностических категорий, функций Эго и динамики. Ключом к пониманию как основной патологии, так и возникшего терапевтического тупика является неудача пациента при развитии надежных рабочих взаимоотношений с аналитиком. В каждом таком случае, который я буду описывать, пациент не был способен устанавливать или поддерживать продолжительный рабочий альянс с аналитиком, а аналитик пренебрегал этим фактом, продолжая заниматься анализом других явлений переноса. Я находил эту техническую ошибку у психоаналитиков с различным стажем клинической работы и признавал ее за собой, когда возобновлял анализ тех пациентов, которых лечил ранее.

При работе с такими, казалось бы, неанализируемыми или «бесконечными» пациентами у меня создалось впечатление, что важно разделять реакции пациента на аналитика на две категории: невроз переноса и рабочий альянс. В действительности, эта классификация не является ни полной, ни четкой, позже я попытаюсь прояснить это. Однако эта дифференциация помогает уделять равное внимание двум, по существу, различным типам реакции на психоаналитика.

3.51. Рабочее определение

Понятие рабочего альянса давно используется и в психиатрической, и в психоаналитической литературе. Рабочий альянс описывался под разными названиями, но большинство авторов, за исключением Цетцель и Стоуна, считали, что это понятие имеет второстепенное значение, или же четко не отделяли его от других реакций переноса.

Термину «рабочий альянс» будет отдаваться предпочтение перед другими терминами, которые используются для обозначения относительно невротической рациональной связи пациента с аналитиком. Название «рабочий альянс» было выбрано потому, что оно подчеркивает его особую функцию: концентрируется на способности пациента работать в аналитической ситуации. Такие термины, как «терапевтический альянс» Цетцель (Zetzel, 1956), «рациональный перенос» Фенихеля (Fenichel, 1941) и «зрелый перенос» Стоуна (Stone, 1961) относятся к сходным концепциям. Название «рабочий альянс», однако, имеет то преимущество, что подчеркивает самые важные элементы: способность пациента целеустремленно работать в терапевтической ситуации. Наиболее ясно это можно увидеть в том случае, когда пациент, испытывающий муки интенсивного невроза переноса, может тем не менее поддерживать эффективные рабочие отношения с аналитиком.

Надежное ядро рабочего альянса формируется мотивацией пациента преодолеть свою болезнь, свое ощущение беспомощности, сознательной и рациональной готовностью пациента к кооперации и его способностью следовать инструкциям и развивать инсайты аналитика. Рабочий альянс формируется, в сущности, между разумным Эго пациента и анализирующим Эго аналитика (Sterba, 1934). Условием, которое делает это возможным, является частичная идентификация пациента с аналитическим подходом аналитика, когда он пытается понять поведение пациента (Sterba, 1929).

Рабочий альянс выдвигается на передний план тем же путем, каким разумное наблюдающее анализирующее Эго отделяется от переживающего Эго пациента в аналитической ситуации. Вмешательство аналитика отделяет рабочие отношения от невротических явлений переноса точно так же, как его вмешательство отделяет разумное Эго от иррационального Эго пациента. Две эти группы явлений параллельны друг другу и выражают аналогичные психические события, но с различных точек зрения. Пациенты, которые не могут осуществить это разделение, не будут способны поддерживать рабочие отношения, и наоборот.

Однако эта дифференциация между реакциями переноса и рабочим альянсом не абсолютна, поскольку рабочий альянс может содержать элементы инфантильного невроза, которые в конечном счете будут требовать анализа. Например, пациент может временно работать хорошо для того, чтобы заслужить любовь аналитика, а это в конце концов приведет к сильному сопротивлению; или переоценивание характера и возможностей аналитика могут хорошо послужить рабочему альянсу в начале анализа, а позже стать источником сильного сопротивления. Однако не только невроз переноса может вторгаться в рабочий альянс, но и сам рабочий альянс может использоваться в качестве защиты для отвращения более регрессивных явлений переноса.

Клинической иллюстрацией этого момента может послужить случай пациентки, которая продолжительное время сохраняла разумное отношение ко мне и к аналитической ситуации. Хотя она знала о психоанализе немного, она принимала фрустрации и ограничения, связанные с анализом, добродушно и без следа сознательного раздражения и гнева. Однако случайные сновидения, которые она могла вспомнить, были переполнены явными проявлениями гнева и ярости. Когда я отметил это, пациентка реагировала так, как будто это «только» сновидение, а она не «отвечает» за свои сновидения. Даже когда она забыла про свою аналитическую сессию, она посчитала это «естественной» ошибкой и приняла мою интерпретацию своего страха скрытой враждебности как причуды эксцентрика, которые она выносит с большим тактом. Только после того, как ее поверхностные ассоциации и рационализации иссякли и воцарилось молчание, тогда ее более регрес-

сивные враждебные и сексуальные импульсы стали ясны для нее. Тогда она осознала, что пряталась за рабочий альянс, как за защитный фасад.

Разделение реакций пациента на две группы: невротический перенос и рабочий альянс, несмотря на их смешение, имеет клиническую и техническую ценность. Прежде чем перейти к материалу еще одного случая, я бы хотел сделать краткий обзор психоаналитической литературы по этому вопросу.

3.52 Обзор литературы

Фрейд (Freud, 1912a, p. 105) говорил о дружеских и нежных аспектах чувств переноса, которые приемлемы для сознания и которые являются «проводником успеха в психоанализе...» Он писал о раппорте следующим образом: «Первоочередной целью лечения остается привязать пациента к лечению и к личности врача. Для того, чтобы обеспечить это, не нужно ничего делать, кроме как дать пациенту время. Если аналитик проявляет серьезный интерес к нему, бережно устраняет сопротивления, которые возникают в начале, и избегает делать определенные ошибки, он расположит пациента к себе... Конечно, можно лишиться этого первого успеха, если аналитик с самого начала будет придерживаться точки зрения, отличной от сочувственного понимания» (Freud, 1913b, p. 139–140).

Штерба (Sterba, 1929) писал об идентификации пациента с аналитиком, которая ведет к заинтересованности пациента в работе, которую они должны выполнить сообща (но он не дает этому аспекту переноса специального названия). Фенихель (Fenichel, 1941, p. 27) описывает «рациональный перенос» — позитивный перенос с заторможенной целью, который необходим для анализа. То, что Элизабет Цетцель подчеркивает важность «терапевтического альянса», мы уже обсуждали ранее. Работа Лёвальда (Loewald, 1960) о терапевтическом действии в психоанализе является проницательным и точным исследованием различных видов отношений пациента к аналитику, развивающихся во время психоанализа. Некоторые из его идей непосредственно относятся к тому, что я называю рабочим альянсом. Книга Лео Стоуна посвящена сложности взаимоотношений аналитика и пациента. Он ссылается на «зрелый перенос», который понимает как: а) оппозицию «исконным реакциям переноса» и б) неотъемлемую часть успешного анализа (p. 106).

В материалах симпозиума по «Терапевтическим факторам психоанализа», состоявшегося перед 22 Конгрессом Международной психоаналитической ассоциации (см.: Gitelson, p. 202), содержится много ссылок на особые реакции переноса, которые способствуют терапевтическому альянсу, а также обсуждается вклад аналитика в формирование «хорошей» аналитической ситуации. Гительсон говорит о *раппорте*, от которого мы зависим в начале анализа и который завершается переносом. Он подчеркивает,

что аналитику необходимо презентировать себя как хороший объект и вспомогательное Эго. Миерсон (см. Gitelson, p. 202), Нахт, Сегал, Купер, Гарма, Кинг и Хайманн спорят с ним по различным аспектам его подхода. По-видимому, в некоторых случаях несогласие является следствием невозможности провести ясное разграничение между рабочим альянсом и более регрессивными явлениями переноса.

Этот краткий и неполный обзор показывает, что многие аналитики, включая Фрейда, осознавали, что в психоаналитическом лечении, кроме регрессивных реакций переноса, необходим и другой вид отношений к аналитику.

3.53. Развитие рабочего альянса

3.531. Отклонение в рабочем альянсе

Я начну с описания нескольких клинических примеров, в которых ход развития рабочего альянса заметно отклоняется от того, что обычно имеет место у психоаналитического пациента. Причина, по которой я начинаю таким образом, кроется в том, что у классического аналитического пациента рабочий альянс развивается почти незаметно, выглядит это так, как будто этот процесс не зависит ни от какой особой деятельности с моей стороны. Нестандартные случаи выдвигают на передний план различные процессы и процедуры, которые почти незаметны при работе с обычным аналитическим пациентом.

Несколько лет назад аналитик из другого города прислал ко мне интеллигентного мужчину средних лет, который ранее уже проходил анализ в течение более шести лет. У пациента появились определенные улучшения, но его первый аналитик чувствовал, что пациенту необходим дополнительный анализ, потому что он все еще не был способен жениться и был очень одинок. С самого начала терапии я был поражен тем фактом, что он был абсолютно пассивен в отношении осознания и работы со своими собственными сопротивлениями. Оказалось, что он ждал, чтобы я указывал ему на них, как делал его предыдущий аналитик в продолжение всего анализа.

Затем на меня произвел впечатление тот факт, что как только я делал какое-то вмешательство, он немедленно давал ответ, хотя часто и непонятный. Я обнаружил, что он считал своим долгом отвечать немедленно на каждое вмешательство, потому что помолчать минутку и поразмышлять над тем, что я сказал, было бы знаком сопротивления и, следовательно, чем-то плохим. По-видимому, его прежний аналитик

никогда не распознавал его страх молчания как сопротивление. В свободных ассоциациях пациент активно искал, что рассказать, и если ему приходило в голову несколько вещей, он выбирал то, что, как ему казалось, я ищу, не упоминая о множественности выбора, который он имел. Иногда, когда я просил его дать какую-то информацию, он отвечал, свободно ассоциируя, так что ответ часто бывал странным. Например, когда я спросил, какое у него второе имя, он ответил: «Раскольников» — первое имя, которое пришло ему в голову. Когда ко мне вернулось самообладание, и я спросил, почему именно это имя, он защитился, сказав, что подумал, что ему предлагают свободно ассоциировать.

Вскоре у меня сложилось четкое впечатление, что этот человек в действительности никогда не устанавливал рабочих отношений с первым аналитиком. Он не знал, что ему полагается делать в аналитической ситуации. Он годами лежал перед аналитиком, смиренно покоряясь тому, что, как он представлял себе, требовалось от него, а именно постоянной и быстрой свободной ассоциации. Пациент и аналитик представляли собой карикатуру на психоанализ. Действительно, пациент развил какие-то регрессивные реакции переноса, некоторые из них были интерпретированы, но отсутствие постоянного рабочего альянса оставило процедуру в целом аморфной, беспорядочной и безрезультатной.

Хотя я осознавал, что значительность проблем пациента не может быть связана только или большей частью с техническими недостатками работы первого аналитика, я чувствовал, что пациенту следует дать возможность увидеть, может ли он работать в аналитической ситуации. Кроме того, это прояснение более рельефно обрисовало бы патологию пациента. Таким образом, с самых первых месяцев нашей совместной работы я тщательно объяснял пациенту, когда это казалось уместным, различные задачи, выполнения которых требует от него психоаналитическая терапия. Пациент реагировал на это так, как будто все это было ново для него, и он, казалось, стремился работать так, как я ему рекомендовал. Однако вскоре стало ясно, что он не может просто сказать, что пришло ему в голову, он чувствует принуждение выяснить, что ищу я. Он не мог помолчать и поразмышлять над тем, что я сказал; он боялся пустых пространств, они означали какую-то ужасную опасность. Если бы он молчал, он мог бы думать, а если бы он подумал, он мог бы не согласиться со мной, а не согласиться было равносильно тому, чтобы убить меня. Его поразительная пассивность и уступчивость оказались формой заискивания, укрывающей внутреннюю пустоту, ненасытный инфантильный голод и ужасную ярость. В течение полугода стало совершенно ясно, что это мужчина с шизоидным характером «как будто», который не в состоянии выносить депривации классического психоанализа (Deutch, H. 1942; Weiss, 1966). Поэтому я помог ему с получением поддерживающей психотерапии у женщины-терапевта.

Женщина, которую я анализировал шесть лет назад в течение почти четырех лет, возобновила анализ со мной. Мы оба знали, что, когда она прервала анализ, он не был закончен, но мы согласились, что свободный от анализа период времени поможет прояснить необычные затруднения и неясности, на которые мы натолкнулись, пытаясь добиться лучшего разрешения ее противоречивого, недовольного, прилипчивого, садомазохистского переноса на меня. Я предложил ей пойти к другому аналитику, поскольку вообще я считаю, что смена аналитика более продуктивна, чем возвращение к первому аналитику. Это обычно дает новое понимание старых реакций переноса и предоставляет новые возможности для переноса. Однако по внешним причинам это было невыполнимо, и я согласился на возобновление анализа, хотя и с оговорками.

С самого начала использования кушетки я был поражен тем, как странно пациентка работала в анализе. Затем я вспомнил, что это часто случалось и в прошлом, только теперь это поразило меня гораздо сильнее, потому что это уже не было для меня привычным, это выглядело почти нелепо. В какой-то момент сессии пациентка начинала говорить не переставая, здесь были и бессвязные предложения, и подробные описания недавних событий, случайные неприличные фразы, на странность которых не обращалось внимания, или же это были навязчивые мысли, а затем снова подробное изложение прошлого события. Пациентка, казалось, совершенно не обращала внимания на свой странный способ говорить и никогда ранее сама не замечала за собой этого. Когда я конфронтировал ее с этим вопросом, то в первый момент, казалось, она ничего не знает об этом, а затем она почувствовала себя атакованной.

Я осознал, что в прежнем анализе пациентки было много таких сессий или частей сессий, когда она была очень встревожена и пыталась отвратить свое осознание тревоги, так же как и анализ тревоги. Я даже вспомнил, что мы раскрыли некоторые значения и исторические детерминанты такого поведения. Например, ее мать была страшной болтушкой — она рассказывала ребенку, как взрослому, многое из того, что та еще не могла понять. Ее непонятные разговоры со мной были идентификацией с матерью и отыгрыванием в аналитической ситуации. Более того, мать использовала потоки болтовни для выражения как тревоги, так и враждебности по отношению к своему мужу, который был, по существу, спокойным человеком. Пациентка переняла эту черту у своей матери и вновь разыгрывала эту ситуацию со мной на аналитической сессии тогда, когда была встревожена и враждебно настроена или когда она разрывалась между тем, чтобы сделать мне больно, и тем, чтобы держаться за меня.

В дополнение к этому мы пришли к пониманию того, что эта форма поведения также указывает на регрессию функций Эго от вторичного процесса по направлению к первичному процессу в виде

«разговора во сне» со мной, что было повторным разыгрыванием «сна с родителями». Такой странный способ рассказывать возникал много раз во время первого анализа, и хотя тогда анализировались многие детерминанты, все это в какой-то степени продолжалось вплоть до момента прерывания анализа. Когда я пытался конфронтировать пациентку с неправильным использованием ею одной из процедур анализа, мы уходили куда-то в сторону, увлекаемые либо ее реакцией на мою конфронтацию, либо каким-то новым всплывшим материалом. Она могла вспомнить какое-то событие из прошлого, которое, казалось, относилось к делу, или на следующих сессиях появлялись какие-то новые сновидения или новые воспоминания, и реально мы никогда не возвращались к вопросу о том, что она была неспособна выполнять определенную часть аналитической работы.

Во время второго ее анализа я не отвлекался. Когда появлялся легкий след той самой бессвязности рассказа или когда это казалось уместным, я конфронтировал ее с этой специфической проблемой и удерживал ее у этого вопроса до тех пор, пока она по меньшей мере не признавала того, что обсуждается. Пациентка пыталась использовать все свои старые методы защит против моих конфронтаций ее сопротивлений. Я выслушивал в течение короткого времени ее возражения и отговорки и указывал еще и еще раз на их функции сопротивления. Я не начинал работу с новым материалом до тех пор, пока не убеждался, что пациентка в хорошем рабочем альянсе со мной.

Постепенно пациентка начала видеть то, что она неправильно использовала основное правило. Она сама стала осознавать, что она иногда сознательно, иногда предсознательно, а в остальное время все еще бессознательно затуманивала истинную цель свободной ассоциации. Стало ясно, что когда пациентка чувствовала тревожность в своем отношении ко мне, она соскальзывала в эту регрессивную «как во сне» форму разговора. Это был вид «злорадного послушания». Оно было злорадным, поскольку она знала, что это уклонение от истинной свободной ассоциации. Это было послушание, так как она подчинялась этому регрессивному, то есть невоздержанному, способу говорения. Это возникало всякий раз, когда она чувствовала определенный вид враждебности ко мне. Она чувствовала это как желание «вылить на меня отраву». Это приводило ее к чувству того, что тогда я буду уничтожен и потерян для нее, и она чувствовала одиночество и испуг. Затем она быстро погружалась в свой «разговор как во сне», который словно говорил мне: «Я маленький ребенок, который частично спит и не отвечает за то, что исходит от него. Не оставляйте меня; разрешите мне спать с вами; это просто безвредная моча, которая выходит из меня». (Другие детерминанты не будут обсуждаться, поскольку это увело бы нас слишком далеко в сторону.)

Это было зачаровывающее переживание — видеть, насколько отличается этот анализ от предыдущего. Я не хочу сказать, что тенденция

пациентки неправильно использовать свою способность регрессировать в функционировании Эго исчезла. Однако мое энергичное стремление к анализу дефектного рабочего альянса, постоянное внимание к поддержанию хороших взаимоотношений, мой отказ уходить в анализирование других аспектов ее невроза переноса имели свои эффекты. Второй анализ имел совершенно другой оттенок и атмосферу. В первом анализе у меня была интересная и эксцентричная пациентка, которая была очень фрустрирована, потому что я так часто терялся из-за ее прихотливых бессвязных речей. Во втором анализе у меня все еще была эксцентричная пациентка, но теперь у меня появился союзник, который не только помогал мне, когда я терялся, но и отмечал, что я сбился с пути до того, как я осознавал это.

Молодой мужчина, мистер З.[1], обратился ко мне после того, как он проходил анализ в течение двух с половиной лет у аналитика в другом городе, и этот анализ совершенно не затронул его. Он достиг определенных инсайтов, но у него сложилось отчетливое впечатление, что его первый аналитик в действительности неодобрительно относился к его инфантильной сексуальности, хотя молодой человек понимал, что аналитикам «не полагается» презрительно к ней относиться. В предварительных интервью молодой человек рассказал мне, что у него были большие трудности при рассказе о мастурбации, и он часто сознательно не сообщал эту информацию своему предыдущему аналитику. Он информировал последнего о существовании многих сознательных секретов, но тем не менее упрямо отказывался разглашать их. Он никогда не предавался свободной ассоциации искренне, и в их анализе было множество часов продолжительного молчания, когда оба, и пациент и аналитик, были безмолвны. Однако способ отношения пациента ко мне, его история и мое общее клиническое впечатление заставляли меня полагать, что он доступен анализу, несмотря на тот факт, что он был неспособен сформировать рабочий альянс со своим первым аналитиком.

Я взялся анализировать мистера З. и многое узнал о его негативных реакциях на первого аналитика, некоторые из них происходили из способа последнего проводить анализ. Например, на одной из первых сессий на кушетке пациент вынул сигарету и закурил. Я спросил его, что он чувствовал, когда решил закурить. Он раздраженно ответил, что знает: ему не полагалось курить в предыдущем анализе, и, как он и предполагал, я тоже запрещу ему это. Я сказал мистеру З., что я хотел бы знать, какие чувства, мысли и ощущения пришли к нему в тот момент, когда он решил зажечь сигарету. Он обнаружил, что он чего-то испугался на сессии и, чтобы заслонить эту тревогу от меня, решил закурить сигарету.

---

1 См. также разделы 2.52, 2.54 и 2.71.

Я ответил, что было бы предпочтительнее, если бы он выражал такие чувства и мысли словами, а не действиями, потому что тогда я понимал бы более точно, что с ним происходит. Он осознал, что я не запрещаю ему курить, но только отмечаю, что для процесса анализирования было бы более полезно, если бы он выражал свои чувства словами. Он противопоставил это ситуации своего первого анализа, когда аналитик сказал ему до того, как он перешел к кушетке, что обычно на кушетке не курят. Этому не было дано объяснения, и пациент полагал, что его аналитик деспотичен.

На следующей сессии мистер З. спросил, женат ли я. Я в ответ спросил его, как он думает. Колеблясь, он сказал, что разрывается между двумя фантазиями, одна из которых заключается в том, что я холостяк, который любит свою работу и живет только для своих пациентов; другая же состояла в том, что я счастливо женат и у меня много детей. Затем он спонтанно продолжил, сказав, что он надеется, что я счастливо женат, потому что тогда моя позиция была бы лучше для того, чтобы помочь ему с его сексуальными проблемами. Затем мистер З. поправил себя и сказал, что ему мучительно думать обо мне, как имеющем сексуальные отношения с женой, потому что это его смущает, и это не его дело. Тогда я заметил, что когда я не ответил на его вопрос и попросил вместо этого рассказать о своих фантазиях, он сам показал, к чему относится его любопытство. Я сказал ему, что бывает, я не отвечаю на вопросы, если чувствую, что можно получить больше, сохранив молчание и позволив ему ассоциировать по поводу собственного вопроса.

В этот момент мистер З. был готов расплакаться и после короткой паузы рассказал мне, что в начале прошлого анализа задавал множество вопросов, но его прежний аналитик никогда не отвечал на них и даже не объяснял, почему он молчит. Он ощущал молчание аналитика как унижение и только сейчас осознал, что его последующие периоды молчания были возмездием за эту воображаемую несправедливость. Несколько позже он осознал, что идентифицировался с воображаемым презрением своего первого аналитика. Мистер З. чувствовал презрение к ханжеству аналитика и в то же самое время жестоко попрекал себя за свою собственную сексуальную практику, которую он затем проецировал обратно на аналитика.

Для меня было очень поучительно видеть, как идентификация с предыдущим аналитиком, основанная на страхе и враждебности, привела к искажению рабочих взаимоотношений вместо создания эффективного рабочего альянса. Вся атмосфера этого первого анализа была проникнута враждебными, недоверчивыми, мстительными чувствами и установками. Она оказалась повторением поведения пациента в отношении отца. Этот момент первый аналитик осознал и интерпретировал. Анализ сопротивления переноса, однако, был неэффективным отчасти из-за того, что предыдущий аналитик работал

таким способом, который постоянно оправдывал инфантильное невротическое поведение пациента, что в дальнейшем привело к вторжению в рабочий альянс невроза переноса.

Я работал с мистером З. в течение четырех лет, и почти с самого начала у нас был установлен относительно эффективный рабочий альянс. Однако моя манера вести анализ, которая, как ему казалось, указывала на искреннюю человеческую заботу о его благоденствии и уважение к его положению — положению пациента, также мобилизовала важные сопротивления переноса на более поздних стадиях анализа. На третьем году его анализа со мной я начал осознавать, что, несмотря на то, что был хороший рабочий альянс и сильный невроз переноса, во внешней жизни пациента было много таких областей, которые не изменились соразмерно проделанной аналитической работе. Со временем я понял, что пациент развил неявное, специфическое торможение при выполнении аналитической работы вне аналитической сессии. Когда мистер З. бывал расстроен вне сессии, он спрашивал себя, что расстроило его. И обычно он преуспевал в припоминании этой ситуации. Иногда он даже мог вспомнить смысл того события, на который я указывал ему в предыдущий момент, но этот инсайт был относительно лишенным смысла для него, он ощущался чужим, искусственным и зафиксированным в памяти механически. Это был не его, а мой инсайт, и, следовательно, он не имел «живого» смысла для него. Поэтому он, в какой-то степени, не имел понятия о смысле события, которое расстроило его.

Видимо, хотя он и установил рабочий альянс со мной в аналитической ситуации, этот альянс не распространялся за пределы сессии. Дальнейший анализ обнаружил, что вне аналитической сессии пациент не позволял себе иметь установки, отношения или использовать подход или точку зрения, которые напоминали бы ему мои. Он чувствовал, что разрешить себе это делать равносильно тому, чтобы позволить мне войти в себя. А это было невыносимо для него потому, что мистер З. ощущал это как гомосексуальное изнасилование, повторение нескольких травматических ситуаций детства и подросткового периода. Постепенно мы смогли раскрыть, как пациент сексуализировал и агрессивизировал процесс интроекции.

Этот новый инсайт стал тем стартовым моментом для пациента, с которого он начал учиться различать разновидности «принятия внутрь». Постепенно пациент смог восстановить свободную от гомосексуальности идентификацию со мной с точки зрения принятия аналитической позиции. Таким образом, рабочие взаимоотношения, в которые вторгался невроз переноса, были вновь относительно свободны от черт инфантильного невроза. Предыдущие инсайты, которые оставались неэффективными, в конце концов привели к значимым и длительным изменениям. Случай мистера З. будет описан более детально во втором томе.

Теперь я хочу вернуться к тем пациентам, которые упорно цепляются за рабочий альянс, потому что их страшат регрессивные черты невроза переноса. Такие пациенты развивают разумные отношения с аналитиком и не позволяют себе чувствовать ничего иррационального, будь это что-то сексуальное или агрессивное, или то и другое. Продолжительная разумность в анализе является псевдоразумностью, пациент бессознательно придерживается ее из-за разнообразных бессознательных невротических мотивов. Позвольте мне проиллюстрировать это.

В течение почти двух лет молодой образованный мужчина, поверхностно знакомый с психоанализом, поддерживал позитивное и разумное отношение ко мне, своему аналитику. Если его сновидения показывали враждебность или гомосексуальность, он признавал это, но утверждал, что знает, что от него ожидают таких чувств по отношению к своему аналитику, но «в действительности» он их не испытывает. Если он опаздывал или забывал оплатить свой счет, он снова признавал, что это может выглядеть так, как если бы он не хотел приходить или оплачивать счет, но «на самом деле» это не так. У него были сильные реакции гнева в отношении других психиатров, которых он знал, но он настаивал на том, что они заслуживают этого, а я совсем другой. Какое-то время пациент был влюблен до безумия в другого мужчину-аналитика и «догадывался», что, возможно, тот напоминал ему меня, но это было сказано играючи.

Все мои попытки подвести пациента к осознанию его упорной разумности как способа избежать или преуменьшить его более глубокие чувства и импульсы провалились. Даже мои попытки проследить историческое происхождение такой формы поведения были непродуктивными. Он принял роль шута, безобидного нонконформиста в годы обучения в высшей школе и повторял ее в анализе. Поскольку я не мог подвести пациента к тому, чтобы последовательно работать дальше с этим материалом, я в конце концов сказал ему, что мы стоим перед фактом отсутствия достижений, и нам следует рассмотреть альтернативу продолжению психоанализа со мной. Пациент промолчал несколько мгновений и сказал «откровенно», что он огорчен. Он вздохнул и затем продолжил высказываться в духе свободных ассоциаций. Я прервал его и спросил, что он делает. Он ответил: ему кажется, что я испытываю какое-то раздражение. Я заверил его, что это именно так. Тогда он медленно поднял глаза на меня и спросил, может ли он сесть. Я кивнул, и он сел. Он был совершенно потрясен и отрезвлен, имел бледный вид и совершенно очевидно страдал.

После нескольких минут молчания он сказал, что, может быть, он будет работать лучше, если он сможет смотреть на меня. Он должен быть уверен, что я не смеюсь над ним, не сержусь на него и не прихожу в сексуальное возбуждение. Последний момент показался мне

поразительным, и я спросил о нем. Он сказал мне, что часто фантазирует, что, возможно, я сексуально возбуждаюсь от его материала, но скрываю это от него. Этого материала он никогда ранее не привносил, это была мимолетная мысль. Но эта мимолетная мысль быстро привела ко многим воспоминаниям об отце, который неоднократно и без особой необходимости измерял ему температуру ректально. Это затем привело к множеству фантазий гомосексуальной и садомазохистской природы. Упорная разумность была, таким образом, защитой против них, а также игровой попыткой подразнить меня и спровоцировать на отыгрывание с ним. Мое поведение на сессии, описанной выше, не былоо хорошо контролируемым, но привело к осознанию того, что рабочий альянс использовался пациентом для того, чтобы отвратить невроз переноса.

Рабочий альянс стал фасадом для невроза переноса. Это была структура невротического характера, как скрывающая, так и, напротив, выражающая лежащий в его основе невроз. Только когда было прервано отыгрывание пациента и он осознал, что он на грани потери объекта переноса, тогда его ригидно разумное поведение стало чуждым Эго и доступным для терапии. Ему понадобилось несколько недель для того, чтобы он смог смотреть на меня и проверять, можно ли доверять моим реакциям. Затем он стал способен различать истинную разумность и поддразнивающую язвительную разумность своего невроза характера, и анализ начал продвигаться.

3.532. РАБОЧИЙ АЛЬЯНС У КЛАССИЧЕСКОГО АНАЛИТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Термин «классический» в этой связи относится к гетерогенной группе пациентов, которых можно анализировать с помощью классической психоаналитической техники без больших модификаций. Они страдают от какой-то формы невроза переноса, симптома или невроза характера, без заметных дефектов функций Эго. У таких психоаналитических пациентов рабочий альянс развивается почти незаметно и вроде бы независимо от каких-либо особых действий или вмешательств со стороны аналитика. Обычно я могу видеть первые признаки рабочего альянса примерно на третьем-шестом месяце анализа. Наиболее часто первыми показателями его развития является то, что пациент замолкает, а затем, вместо того чтобы ждать моего вмешательства, сам решается сказать, что, кажется, он чего-то избегает. Или же он прерывает довольно несвязный отчет о каком-то событии и комментирует это так, что он, должно быть, бежит от чего-то. Если я продолжу молчать, он спонтанно спросит самого себя, что же заставляет его быть уклончивым, и он позволит

своим мыслям течь в виде свободных ассоциаций, которые будет воспроизводить вслух.

Очевидно, что такой пациент частично и временно идентифицировался со мной и работает над собой тем самым способом, которым я работал день за днем над его сопротивлениями. Сделав обзор ситуации, я обычно обнаруживаю, что до этого пациент испытывал спорадические сексуальные или враждебные реакции переноса, которые временно вызвали сильное сопротивление. Терпеливо и тактично я должен продемонстрировать это сопротивление, затем прояснить, как оно действует, что является его целью и, в конце концов, интерпретировать и реконструировать его возможный исторический источник. Только после эффективного этапа анализа сопротивления переноса пациент способен развить частичный рабочий альянс. Однако необходимо вернуться к самому началу анализа, чтобы иметь более детальное мнение о его развитии.

Поведение пациентов на предварительных интервью весьма разнообразно. Частично это детерминировано прошлой историей пациента по отношению к психоаналитикам, терапевтам, авторитетным фигурам и посторонним, а также его реакциями на положение больного, нуждающегося, просящего о помощи и т. д. (Gill, Newman, and Redlich, 1954). Более того, его знание или отсутствие знания о процедурах психоанализа и репутация психоаналитика будут также влиять на его первоначальные реакции. Следовательно, пациент приходит на первоначальное интервью с уже сформированным отношением ко мне, частично это перенос, частично реалистическое отношение в зависимости от того, насколько он «заполняет» то, что ему незнакомо, своим неуместным в данной ситуации прошлым.

Предварительные интервью сильно влияют на окрашивание реакций пациента на аналитика. Это определяется главным образом чувствами пациента в связи с раскрытием себя, а также его реакциями на мой подход и на мою личность. Я полагаю, что здесь мы также видим смесь реакций переноса и реалистичных реакций. Раскрытие «Я» пациента вызывает эхо прошлых раздеваний перед родителями, врачами и т. д. и, таким образом, продуцирует реакции переноса. Моя техника ведения интервью будет осуществлять то же самое настолько, насколько она будет казаться странной, болезненной или непостижимой для пациента. Те же методы, которые кажутся понятными пациенту, могут привести к реалистичным реакциям. Моя «личность аналитика» так, как она проявляется на первых интервью, может возбуждать и реакции переноса, и реалистичные реакции. По моему впечатлению, те качества, которые покажутся пациенту странными или угрожающими, или непрофессиональными, будут вызывать сильные реакции переноса наряду с тревогой. И, напротив, те черты, которые, по мнению пациента, свидетельствуют о терапевтическом намерении, сочувствии и опытности аналитика,

могут продуцировать реалистические ответы, так же как и позитивные реакции переноса. Клинический материал случая мистера З. показывает, что манера, установка и техника аналитика в начале обоих анализов имели решающее значение для окрашивания всей аналитической ситуации.

К моменту принятия решения о том, насколько адекватен психоанализ для лечения данного пациента, у меня складывается впечатление, имеет ли пациент потенциал для формирования рабочего альянса и невроза переноса. Обсуждение с пациентом, почему я полагаю, что психоанализ — наилучшая для него терапия, объяснение необходимости именно такой частоты визитов, длительности, платы за лечение и т. д., и собственная оценка пациентом того, сможет ли он принять эти требования, имеют дополнительное значение в обнаружении способности пациента к формированию рабочего альянса.

Первые несколько месяцев анализ пациента, лежащего на кушетке и пытающегося свободно ассоциировать, можно лучше всего представить как смесь тестирования и исповеди. В это время пациент определяет свою способность свободно ассоциировать и предъявлять свои переживания, вызывающие вину и тревогу. Одновременно он как бы зондирует реакции своего аналитика на эту продукцию (Freud, 1915a; Gitelson, 1962). Большое место в его речи занимают истории его жизни и рассказы о ежедневных событиях. Мои вмешательства имеют целью отметить и исследовать совершенно очевидные сопротивления и несоответствующие аффекты. Когда материал совершенно ясен, я пытаюсь обнаружить связь между прошлыми и настоящими паттернами поведения. Вследствие этого пациент обычно начинает чувствовать, что, возможно, я понимаю его. Тогда пациент осмеливается регрессировать, позволить самому себе пережить какой-то аспект своего невроза в переносе, по отношению к моей личности. Когда я преуспею в эффективном анализировании этого, тогда я буду иметь, по крайней мере, временный успех в укреплении разумного Эго и рабочего альянса наряду с переживающим Эго и неврозом переноса. Полученный однажды опыт колебания между неврозом переноса и рабочим альянсом позволит пациенту в дальнейшем отважиться на большие регрессии в области невроза переноса. Однако каждый новый аспект невроза переноса может вызывать также и ухудшение или временную утрату рабочего альянса.

Простодушная домохозяйка средних лет вступила во второй год анализа. В первый год анализа она испытывала большие затруднения в признании того, что временами она испытывала романтические и сексуальные чувства по отношению ко мне, хотя это было совершенно очевидно по ее поведению и незамаскированным снам. Она считала себя счастливой в браке и чувствовала, что ее эротические фантазии

об аналитике показывали бы, что она не удовлетворена замужеством. Это пугало ее, потому что она была чрезвычайно зависима от своего мужа, бессознательно враждебна к нему, но ее ужасала даже мысль о его потере. Мои попытки поставить эту пациентку лицом к лицу с ее сексуальным переносом и ее страхом превращали эту обычно добродушную, сотрудничающую женщину в упрямую, язвительную ворчунью. В таком состоянии она, бывало, отвечала на мои вмешательства так: «Разве все реагируют не таким образом? Это ли не естественно? Разве вы не реагировали бы таким же образом, если бы оказались на моем месте?»

По мере того как мы работали над некоторыми страхами, заставляющим ее сопротивляться инсайтам, которые я пытался сделать для нее очевидными, пациентка постепенно смогла встать перед лицом своих позитивных чувств ко мне и перестала нуждаться в защите «разве все» и «разве вы». В то же самое время пациентка стала способна признать, что в ее браке были недостатки, без чувства того, что это означает конец ее безопасности. Она также стала понимать и принимать мои интерпретации источников сексуальных чувств, которые она испытывала по отношению к своему аналитику. Пациентка сумела справиться с мыслью о том, что некоторые из ее чувств ко мне происходят от ее детской сексуальной любви к отцу и старшему брату. Пациентка развила довольно стабильный рабочий альянс со мной по отношению к своим гетеросексуальным проблемам.

Однако ситуация вернулась в прежнее состояние, характерное для начала ее анализа, когда агрессия начала значимо вторгаться в аналитические сессии. Например, пациентка становилась необычно молчаливой, когда я интерпретировал, что ее ощущение, будто я ее отвергаю, связано с тем, что она забыла оплатить счет в конце месяца. У нее развились жестокие гастроэнтеральные колики с диареей и страх, что она смертельно больна раком. Когда я отметил, что это было выражением ее вытесненной ярости ко мне, она сначала отрицала это. Когда я сказал ей, что ее чувство зависимости от меня было поколеблено моими попытками дать интерпретацию вместо того, чтобы удовлетворить или утешить ее, она ответила: «Разве все реагируют не таким образом? Разве это не естественно? Разве вы не реагировали бы таким образом, если бы оказались на моем месте?» Затем она добавила: «Я думаю, мне лучше пойти в клинику Майо и обследоваться там». Рабочий альянс, который она установила по отношению к гетеросексуальным проблемам, исчез, когда тема враждебности вошла в клиническую картину. Потребовались недели терпеливой, кропотливой интерпретации сопротивлений, чтобы восстановить рабочий альянс. Та же самая последовательность событий имела место, когда в аналитической ситуации появилась гомосексуальность.

3.54. Источники рабочего альянса

3.541. ВКЛАД ПАЦИЕНТА

Для того чтобы рабочий альянс имел место, пациент должен обладать способностью формировать особую разновидность объектных отношений. Люди, по своему существу нарциссические, не будут способны сделать этого. Рабочий альянс является относительно рациональным, десексуализированным и очищенным от агрессии феноменом переноса. Пациенты должны быть способны формировать такие сублимированные, заторможенные в отношении цели отношения в своей внешней жизни. В ходе анализа ожидается, что пациент будет способен регрессировать к более примитивным и иррациональным реакциям переноса, которые находятся под влиянием первичного процесса. Однако для того, чтобы достичь рабочего альянса, пациент должен быть способен восстанавливать вторичный процесс и отделять относительно разумные объектные отношения к аналитику от более регрессивных реакций переноса. Люди, которые страдают от сильной недостаточности или повреждения функций Эго, могут обладать способностью переживать регрессивные реакции переноса, но у них будут трудности в поддержании рабочего альянса. С другой стороны, и те, кто не рискует оставить проверку реальности даже временно и частично, и те, кто вынужден прилипать к фиксированной форме объектных отношений, также плохо подходят для психоанализа. Это подтверждается клиническими данными о том, что психотики, пограничные больные, пациенты с импульсивным характером и маленькие дети обычно требуют модификации психоаналитической техники (Glover, 1955; Gill, 1954; Garma [см. Gitelson, et al., 1962]). Фрейд, по-видимому, именно это имел в виду, когда проводил различие между неврозами переноса, которые являются легко анализируемыми, и нарциссическими неврозами, которые не являются таковыми.

Как говорилось выше, склонность пациента к реакциям переноса исходит из его состояния инстинктивной неудовлетворенности и проистекающей из этого потребности в возможностях для разрядки (Ferenzi, 1909). Осознание невротического страдания также заставляет пациента устанавливать отношения с аналитиком. На сознательном и рациональном уровне терапевт предлагает реалистическую надежду на облегчение невротических страданий. Однако беспомощность пациента по отношению к его страданию мобилизует стремления к всемогущему родителю раннего возраста. Рабочий альянс имеет как рациональный, так и иррациональный компонент. Все сказанное выше показывает, что доступный анализу пациент должен испытывать потребность в реакциях переноса, должен обладать способностью регрессировать и позво-

лять невротическим реакциям переноса проявиться, должен иметь силу Эго или ту специфическую форму эластичности Эго, которая позволяет ему прерывать регрессию для того, чтобы вновь установить разумный и целенаправленный рабочий альянс (Loewald, 1960).

Функции Эго пациента играют важную роль в осуществлении рабочего альянса в дополнение к их роли в объектных отношениях. Для того чтобы выполнять аналитическую работу, пациент должен коммуницировать разными способами — словами, чувствами, но сдерживая свои действия. Он должен быть способен выражать свои переживания словами, понятно, по порядку и логично, предоставлять запрашиваемую информацию, а также быть способным частично регрессировать и работать методом свободной ассоциации. Он должен быть способен слушать аналитика, понимать, рефлексировать, обдумывать и использовать интроспекцию. До некоторой степени он также должен быть способен вспоминать, наблюдать за собой, фантазировать и рассказывать об этом. Это лишь частичный перечень тех функций Эго, которые играют роль в способности пациента устанавливать и поддерживать рабочий альянс; мы также ожидаем, что пациент одновременно разовьет невроз переноса. Следовательно, вклад пациента в рабочий альянс зависит от двух прямо противоположных качеств: его способности поддерживать контакт с реальностью аналитической ситуации и его готовностью рискнуть регрессировать в мир своих фантазий. Это колебание между двумя позициями весьма важно для аналитической работы.

3.542. ВКЛАД АНАЛИТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Гринейкр (Greenacre, 1954), Макалпайн (Macalpine, 1950) и Шпиц (Spitz, 1956b) отмечали, как различные элементы аналитического сеттинга и процедур способствуют развитию регрессии и невроза переноса. Те же самые элементы помогают и в формировании рабочего альянса. Высокая частота визитов и большая продолжительность лечения не только поощряют регрессию, но и указывают на долгосрочные цели и важность того, чтобы сообщения пациента были подробными и интимными. Кушетка и молчание обеспечивают возможность для интроспекции и рефлексии, так же как и фантазирования. Тот факт, что относительно спокойный, знающий человек проявляет внимание к тревожащемуся и находящемуся в неведении пациенту, вызывает у него желание добывать знания и подражать терапевту. Более того, аналитик постоянно делает акцент на достижении понимания всего, что происходит у пациента, и нет ничего такого, что было бы слишком незначительным или неясным, безобразным или прекрасным для того, чтобы избежать попыток понимания со стороны аналитика — все это вызывает у пациента желание

знать, находить ответы, искать причины. При этом не отрицается то, что аналитическое исследование вызывает сопротивления, утверждается лишь, что это также вызывает у пациента любопытство и желание отыскать причины.

Кроме того, я хотел бы добавить, что постоянное рассмотрение того, как пациент и аналитик работают вместе, взаимная заинтересованность в рабочем альянсе сами по себе являются факторами, которые способствуют усилению рабочего альянса. Это поощряет самоисследование и доверие к аналитику.

3.543. ВКЛАД АНАЛИТИКА

Я уже говорил о том, что теоретическая ориентация и личность аналитика влияют на формирование рабочего альянса. Интересно наблюдать, как некоторые аналитики занимают теоретические позиции, которые явно соответствуют их манифестируемой личности, а другие — принимают теории, которые, по-видимому, находятся в противоречии с чертами их характера. Некоторые используют технику для проецирования, другие — для защиты своей личности. Это замечание не означает, что я критикую какую-либо из этих групп, поскольку я наблюдал как счастливые, так и несчастливые соединения в обеих группах. Я видел ригидных аналитиков, которые отстаивали самую строгую приверженность «правилу абстиненции» и в то же самое время пытались практиковать наиболее грубый вид манипулятивной психотерапии, использующей удовлетворение и опирающейся на «корректирующее эмоциональное переживание». Я видел множество явно беспечных, беззаботных аналитиков, но при этом практикующих в строгом соответствии с «правилом абстиненции», так же как и аналитиков с похожим характером, которые провоцировали своих пациентов на отыгрывание или потворствовали им при каком-то виде терапии со взаимным удовлетворением. Некоторые аналитики практикуют анализ, который соответствует их личности; некоторые используют своих пациентов для удовлетворения своих вытесненных желаний. Все эти соображения относятся к тем проблемам, которые присущи установлению рабочего альянса. Здесь, правда, может быть предпринята только краткая попытка описания проблемы. Основная проблема вращается вокруг вопроса: какая теоретическая ориентация аналитика и какие его личностные характеристики будут обеспечивать развитие рабочего альянса так же, как и развитие невроза переноса?

Я уже кратко показал, как некоторые аспекты аналитической ситуации способствуют образованию невроза переноса. Это можно свести к следующему: мы побуждаем пациента регрессировать и развивать невроз переноса, обеспечивая ситуацию, которая складывается из смеси депривации, состояния, подобного сну, и константности. Я наблюдал, как пациенты развивают невроз

переноса при работе с различными аналитиками при условии, если аналитическая ситуация обеспечивает достаточное количество депривации и осуществляется предсказуемым образом в течение соответствующего времени. Но для того чтобы получить хороший терапевтический результат, необходимо также установить хорошие рабочие отношения.

Теперь обратимся к вопросу: какие установки аналитика будут способствовать образованию хорошего рабочего альянса? Случай мистера З. показывает, как пациент идентифицировался с предыдущим аналитиком по принципу идентификации с агрессором — — на основе враждебности (см. раздел 3.531). Эта идентификация не привела к образованию терапевтического альянса, она продуцировала комбинацию озлобленности и вызывающего поведения и мешала аналитической работе. Причиной этого было то, что первый аналитик казался холодным и отстраненным. Эти черты были присущи отцу пациента, и мистер З. был неспособен дифференцировать своего первого аналитика и свои регрессивные трансферентные чувства. И совсем иначе он реагировал с самого начала на меня. Он совершенно четко был способен различать меня и своего отца, следовательно, был способен к временной и частичной идентификации со мной и, таким образом, мог выполнять аналитическую работу.

Самый важный вклад психоаналитика в создание хороших рабочих отношений вносит его ежедневная работа с пациентом. Последовательные и неуклонные поиски аналитиком инсайта при работе с любым материалом и поведением пациента являются здесь решающими факторами. Регулярная и упорядоченная текущая работа помогает пациенту приспосабливаться к некоторым странностям аналитических процедур и процессов (Gill, 1954; Stone 1961). Это не означает того, что аналитику следует выполнять свои различные ежедневные аналитические задачи с компульсивной точностью или монотонностью ритуала. Такая ригидность ведет к предсказуемости, но не к чувству доверия по отношению к аналитику как человеку. Непоследовательность же может причинить пациенту боль, но существенно не мешает установлению рабочего альянса. Важность того, что аналитик совершает на каждой сессии, и редкость его отсутствий подчеркивает значимость каждого часа так же, как и преемственности сессий и, следовательно, способствует тому, чтобы у пациента сложилось понимание необходимости серьезного сотрудничества. Готовность аналитика посвятить годы труда благополучию пациента также способствует этому. Все описанные выше рабочие характеристики являются наиболее важными. Я не считаю возможным выполнять терапевтический анализ, если они отсутствуют. Но есть и дополнительные условия, которые необходимы для эффективного рабочего альянса.

Некоторые аналитики работают последовательно и серьезно и все-таки испытывают затруднения, побуждая своих пациентов к развитию рабочего

альянса. Их пациенты развивают установку покорности и уступчивости вместо ощущения альянса и соучастия. Атмосфера такого анализа пропитывается неявной, но постоянной скрытой тревогой и благоговением по отношению к аналитику и рабочим отношениям. Пациент может осознавать такое положение дел только мимолетно и спорадично, потому что оно выражается скорее в смутных нюансах, чем в открытых, чуждых Эго фантазиях и действиях. Такое уступчивое отношение может также быть Эго-синтонным и для аналитика, который в связи с этим часто будет терпеть неудачу в распознавании и привлечении его для внимательного аналитического рассмотрения.

Я часто имел возможность наблюдать подобные случаи в клинике, когда я являлся вторым или третьим аналитиком данного пациента.

> Например, пациент — мужчина средних лет — профессор университета, ранее проходивший анализ в течение пяти лет, не осмеливался взглянуть на часы во время одной аналитической сессии. В начале часа он сказал мне, что ему нужно уйти на пять минут раньше, чем обычно. Во время сессии я видел, как он пытается мельком, уголком глаза, взглянуть на свои часы. Он даже потирал лоб для того, чтобы исподтишка, украдкой, взглянуть на свои часы. Когда я указал ему на эту явную уклончивость, пациент был сильно удивлен. С одной стороны, его испугала конфронтация, с другой стороны, его самого привела в уныние его робость. Тогда он осознал, что эта его тревога осталась незамеченной и не анализировалась во время его предыдущего анализа.

Вне всяких сомнений, приведенная выше иллюстрация указывает на некоторые контрпереносные реакции со стороны аналитика, но это может осложняться, если аналитик слишком буквально следует двум техническим рекомендациям, сделанными Фрейдом. Я здесь имею в виду концепцию «аналитик как зеркало» и так называемое «правило абстиненции», которое будет обсуждаться в разделах 3.921 и 3.922 (Freud, 1912b, 1915a, 1919a). Эти два правила, выдвинутые Фрейдом, привели многих аналитиков к принятию строгой, отчужденной и даже авторитарной позиции по отношению к своим пациентам. Я полагаю, что это является неправильным пониманием идеи Фрейда, в лучшем случае эта позиция несовместима с формированием эффективного рабочего альянса.

Сравнение с зеркалом и правило абстиненции были предложены для того, чтобы помочь аналитику предохранить перенос от чрезмерной контаминации, эта мысль была глубже разработана Гринейкр (Greenacre, 1954). Понятие «зеркала» относится к тому, что аналитику следует быть «непрозрачным» для пациента, не вторгающимся, то есть не навязывающим своих норм и ценностей пациенту. Это не означает, что аналитику следует быть бездушным, холодным

и неоткликающимся. Правило абстиненции говорит о том, что важно не удовлетворять инфантильные и невротические желания пациента. Это не значит, что все желания пациента фрустрируются. Иногда может быть необходимо временно удовлетворить какое-нибудь невротическое желание пациента. Причем фрустрацию невротических желаний следует осуществлять таким образом, чтобы не унизить и не травмировать пациента.

Верно и то, что Фрейд подчеркивал депривационные аспекты аналитической ситуации в своих работах. Я полагаю, он делал это потому, что в то время (1912—1919) аналитики, бывало, позволяли себе чрезмерно реагировать и совершать отыгрывания со своими пациентами, а это представляет собой большую опасность. Между прочим, когда читаешь описания случаев, сделанные Фрейдом, не создается впечатления, что аналитическая атмосфера его анализов была холодной или строгой. Например, в оригинальной записи случая Человека-крысы[1] (Rattenmann), которая является приложением к статье Фрейда (Freud, 1909), есть запись о пациенте, датированная 28 декабря: «Он был голоден и ел» (р. 303). Затем, второго января: «Кроме этого, он, очевидно, не имел ничего существенного для рассказа, и я мог многое сказать ему сегодня» (р. 308).

Я думаю, это очевидно: если мы хотим, чтобы пациент развивал относительно реалистичный и разумный рабочий альянс, мы должны работать реалистично и разумно, имея в виду тот факт, что процедуры и процессы психоанализа являются странными, единственными в своем роде и даже искусственными. Ни самодовольству, ни ритуальности, ни робости, ни авторитарности, ни отчужденности, ни потаканию желаниям нет места в аналитической ситуации.

На пациента будет оказывать влияние не только содержание нашей работы, но и то, как мы работаем, то есть наша позиция, манера, настроение, атмосфера, в которой мы работаем. Он будет реагировать и идентифицироваться с теми аспектами, которые не обязательно будут осознаваться нами. Как утверждал Фрейд (Freud, 1913b), для того чтобы между пациентом и аналитиком установился раппорт, необходимо время и отношение сочувствующего понимания. Штерба (Sterba, 1929) ставит акцент на процессах идентификации. Тот факт, что аналитик постоянно наблюдает и интерпретирует реальность пациенту, приводит к тому, что пациент частично идентифицируется

---

[1] Rattenmann (*нем.* Ratte — крыса, Mann — человек) — вымышленное имя, данное Фрейдом одному из его пациентов, работу с которым он описал в статье «Заметки об одном случае невроза навязчивости» (1909). Мы приводим уже существующий русский вариант перевода этого имени — Человек-крыса, который, хотя, возможно, и не вполне удачен, однако имеет ссылку на симптом пациента (навязчивые идеи, связанными с крысами) (*Примечание научного редактора*).

с аналитиком в этом аспекте. Приглашение к этой части идентификации исходит от аналитика. С самого начала лечения аналитик комментирует работу, которую они с пациентом должны будут выполнить вместе. Использование таких фраз, как «Давайте посмотрим на это» или «Мы можем видеть», и т. д., способствует этой тенденции.

Гловер (Glover, 1955) делает акцент на необходимости для аналитика быть естественным и прямым, не одобряя, например, довод, что все договоренности о времени и оплате делаются исключительно для блага пациента. Фенихель (Fenichel, 1941) подчеркивает, что, помимо всего прочего, аналитику следует быть гуманным, его потрясло, как много его пациентов были удивлены его естественностью и свободой. Он полагает, что именно аналитическая атмосфера является самым важным фактором убеждения пациента в том, чтобы он попробовал принять нечто, им ранее отрицаемое. Лёвальд (Loewald, 1960) указывал на то, как интерес аналитика к потенциалу пациента стимулирует рост и новое развитие. Стоун (Stone, 1961) идет даже дальше, подчеркивая разумные удовлетворения, а также терапевтическую установку и намерение психоаналитика как необходимые для пациента.

Все аналитики признают необходимость деприваций в процедуре психоанализа; и все в принципе соглашаются, что аналитику нужно быть гуманным. Однако возникают проблемы при определении того, что означает термин «гуманность» в аналитической ситуации и как аналитик согласовывает его с принципом депривации. Дальнейшее обсуждение данного вопроса см. в разделах 3.9, 3.10, 4.22 и 4.23. Здесь я лишь кратко обрисую то, что я считаю главным.

В сущности, гуманность аналитика выражается в его сочувствии, участии и терапевтическом намерении по отношению к пациенту. Для него имеет значение, как идут дела у пациента, он не является ни просто наблюдателем, ни просто исследователем. Он — врач, терапевт, исцеляющий от нездоровья и страдания, и его цель — помочь пациенту выздороветь. Однако «лекарство», которое он прописывает, — это инсайт, доза которого тщательно регулируется, при этом преследуется дальняя цель, для достижения более поздних и длительных изменений аналитик жертвует быстрым результатом и временем. Гуманность также выражается в установке, что пациент имеет определенные права и его уважают как индивидуальность. К нему должны относиться с обычной вежливостью, грубости нет места в психоаналитической терапии. Если мы хотим, чтобы пациент работал с нами как сотрудник над регрессивным материалом, который он продуцирует, мы должны позаботиться о том, чтобы постоянно подпитывались зрелые компоненты психики пациента в ходе нашей аналитической работы.

Мы не должны забывать о том, что для пациента процедуры и процессы психоанализа являются необычными, иррациональными и искусственными.

Вне зависимости от того, насколько пациент знаком с анализом интеллектуально, действительный опыт является странным и новым и будет вызывать тревогу. Пациент, однако, мотивирован своими невротическими затруднениями, он считает нас экспертами, поэтому он подчиняется и пытается исполнять инструкции и просьбы аналитика хотя бы сознательно.

Пациент, обратившийся за лечением, по меньшей мере временно и частично сокрушен своей невротической патологией, и в этом состоянии относительной беспомощности он склонен некритично принимать все, что обещает принести ему пользу. Беспомощность толкает пациента на довольно неразборчивое получение помощи. Это было описано Гринейкр (Greenacre, 1954) и Стоуном (Stone, 1961) как «неравное» отношение. Для того чтобы противодействовать тенденции пациента подчиняться из-за тревоги или мазохизма, необходимо, чтобы аналитик считался с потребностью пациента в чувстве собственного достоинства и самоуважении в то время, когда его анализируют. Уступчивый пациент будет часто прятать свое чувство унижения и гнева из-за страха потерять любовь или навлечь на себя враждебность. Такую ситуацию аналитик не всегда способен предотвратить, но ему следует иметь в виду возможность этого.

Мы не можем неоднократно унижать пациента, навязывая ему правила и инструкции без объяснений, а после этого ожидать, что он будет работать с нами как взрослый. Если мы обращаемся с ним, как с ребенком, властно и деспотично, он будет по-прежнему фиксирован на какой-то форме инфантильных невротических реакций переноса. Необходимым условием рабочего альянса является постоянное проявление внимания к правам пациента во время всего хода анализа. Это означает, что мы уделяем внимание не только тому невротическому страданию, которое пациент приносит на анализ, или страданию вне анализа, но и той боли, которую причиняет ему аналитическая ситуация. Отчужденность, авторитаризм, холодность, экстравагантность, самодовольство и ригидность не являются составной частью аналитической ситуации. Позвольте мне проиллюстрировать это.

Все новые или странные процедуры объясняются пациенту. Я всегда объясняю пациенту, почему мы просим его попытаться ассоциировать свободно и почему предпочитаем использовать кушетку. Я жду вопросов или откликов пациента до того, как предлагаю ему использовать кушетку. Все мои пояснения я сообщаю пациенту таким тоном, который показывает, что я осознаю и понимаю затруднения пациента. Я не говорю с пациентом свысока, но я стараюсь убедиться, что он понимает мои идеи и намерения. Я использую обычный язык, избегая технических терминов и интеллектуализированных форм речи. Я обращаюсь с ним как с взрослым, чье сотрудничество мне необходимо для преодоления серьезных трудностей в работе с психоаналитическим материалом.

Я объясняю пациенту, что я буду взимать с него плату за отмененные сессии, которые я не могу использовать для других пациентов. Я рассказываю,

что для того, чтобы не мешать его продукции, я буду относительно молчалив. Когда он в первый раз задает вопрос, я объясняю, почему я не буду отвечать на него; в следующий раз я буду молчать. Если я не понял смысла сессии, я говорю ему об этом; я не отпускаю пациента, не сказав ему ни слова. Если он испытывает сильное чувство смущения, рассказывая о чем-то впервые, я признаю, что это для него болезненно, но для лечения необходимо, поэтому он должен попытаться быть настолько открытым, насколько это возможно. Если он бранит меня, когда я не реагирую на какое-то его чувство, я могу сказать, что сделаю свою работу лучше, показывая ему, что я понимаю его, чем показывая ему свои эмоции.

Я отвечаю на его просьбы об утешении, говоря, что знаю, он чувствует себя несчастным, но утешение является лишь временной и обманчивой помощью. В следующий раз, когда он попросит об этом, я, скорее всего, буду молчать. Я готов допустить возможность своей ошибки при интерпретации и буду модифицировать ее, если клинический материал покажет необходимость этого. Я также допускаю возможность того, что пациент может быть прав, когда он думает, будто мои слова резки или имеют оттенок раздражения, но я настаиваю на том, чтобы мы работали аналитически над этим эпизодом и его реакцией на него.

Я не прерываю сессию в середине рассказа или интенсивной эмоциональной реакции пациента. Я позволяю продолжительности сессии превысить обычные 50 минут. Если я опаздываю, я стараюсь компенсировать упущенное время на этой же сессии или на последующих. Я информирую пациента о своих планах на отпуск заранее и прошу его попытаться организовать свой отпуск в соответствии с моим. (Сходные проблемы будут обсуждаться более подробно во втором томе.) Если пациент шутит, я иногда показываю удовольствие или смеюсь, но тем не менее пытаюсь проанализировать, почему он рассказал мне эту историю, и как он воспринял мой смех. Я буду делать то же самое, если я реагирую с печалью или раздражением на что-то, рассказанное им. Я не отвечаю на телефонные звонки во время сессии. Если же это приходится делать, я приношу свои извинения и осведомляюсь о его реакции. Время от времени я спрашиваю его, что он думает о работе со мной, и чувствует ли он, что работа продвигается. Я обычно рассказываю ему о своих общих впечатлениях после того, как он закончит, и затем анализирую его реакцию.

Я полагаю, все, приведенное выше, — это типичный пример того, как я гарантирую права пациента, что является основным элементом в рабочем альянсе. Я хочу подчеркнуть, что гарантирование прав не означает отмену или сведение на нет необходимости деприваций. Хотя рабочий альянс является существенной частью процесса психоанализа, депривации должны иметь преимущество, если мы ожидаем, что пациент будет способен регрессировать до инфантильного невроза переноса.

Аналитик должен быть способен и депривировать, и выказывать участие. Иногда он должен находить компромисс между этими двумя позициями, например, причиняя боль интерпретацией, но проявляя сочувствие тоном голоса, что сделает боль терпимой. Колебание между депривирующим пациента инкогнито и признанием прав пациента является одним из нескольких диалектических требований, предъявляемых к психоаналитику.

Хотя я позволяю моим пациентам видеть, что меня трогает происходящее с ними и что я сочувствую им, мои реакции не должны быть назойливыми. Я стараюсь не вставать ни на одну из сторон в любом его внутреннем конфликте, исключая те случаи, когда я работаю против сопротивлений пациента, против его повреждающего невротического поведения и против его самодеструктивности. В основном, однако, я являюсь проводником понимания и инсайта в атмосфере серьезной работы, прямоты, сочувствия и сдержанности (Greenson, 1958b).

Такова моя собственная точка зрения на то, как я пытаюсь разрешить конфликт между сохранением дистанции и близостью, необходимой для аналитической работы. Я сознаю, что это в высшей степени личное дело каждого, и отнюдь не предлагаю это как точный рецепт для всех аналитиков. Однако я действительно считаю, что, несмотря на большие различия личностей аналитиков, эти два противоположных элемента должны быть в равной степени приняты в расчет и заслуживают адекватного обращения, если мы хотим добиться хороших аналитических результатов. Невроз переноса и рабочий альянс являются параллельными, прямо противоположными силами в явлениях переноса. Каждый из этих элементов равно важен для оптимальной аналитической ситуации. Это проблема будет затронута также в главе 4.

3.6. Реальные отношения между пациентом и аналитиком

Реакции переноса и рабочий альянс являются двумя наиболее важными клиническими разновидностями объектных отношений, которые имеют место в аналитической ситуации. Могут также встречаться и более

архаичные типы человеческих взаимодействий — предшественники переноса, а также и явления, переходные к переносу. Такого рода примитивные реакции обычно возникают в очень регрессивных состояниях и требуют большего «управления», чем в терапии, ориентированной на инсайт (Winnicott, 1955, 1956b; James, 1964). Они, однако, не будут обсуждаться здесь. С другой стороны, «реальные отношения» также имеют место в ходе анализа. Перед тем как вернуться к теме явлений переноса, необходимо обсудить и прояснить концепцию «реальных отношений» между пациентом и аналитиком. Это не так просто, как может показаться на первый взгляд, потому что термин «реальный» имеет два различных значения и использования, каждое из которых может иметь неодинаковую коннотацию для пациента и психоаналитика. Эту тему затрагивали многие авторы, но их клинические находки страдали отсутствием четких определений (Stone, 1954b, 1961; Freud A., 1954a, 1965).

Термин «реальные» в словосочетании «реальные отношения» может означать реалистичные, ориентированные на реальность или неискаженные в сравнении с термином «перенос», который обозначает нереалистичные, искаженные и неуместные отношения. Слово «реальный» может также относиться к подлинному, аутентичному и истинному в сравнении с искусственным или притворным. Я намереваюсь использовать этот термин в отношении реалистичных *и* подлинных отношений между аналитиком и пациентом. Это разграничение важно, поскольку дает нам возможность сравнивать то, что является реальным в отношениях пациента, с тем, что является реальным в отношениях аналитика. И у пациента, и у аналитика реакции переноса являются нереалистичными и неуместными, но они подлинны и действительно переживаются. Для обоих рабочий альянс и реалистичен, и уместен, но это артефакт ситуации лечения. Реальные отношения подлинны *и* реальны. Пациент использует рабочий альянс для того, чтобы постигнуть точку зрения аналитика, но реакции переноса берут верх при вторжении. Для аналитика рабочий альянс должен иметь преимущество над всеми другими явными реакциями на пациента. Я постараюсь прояснить эти моменты клиническими иллюстрациями.

Молодой мужчина, на заключительной стадии своего пятилетнего анализа, находится в нерешительности после того, как я сделал интерпретацию, и затем говорит мне, что ему нужно сказать нечто, но это очень трудно произнести. Он собирался умолчать об этом, как вдруг осознал, что делает так годами. Он набрал глубоко воздух и сказал: «Вы говорите всегда слишком много. Вы склонны все излишне преувеличивать. Для меня было бы гораздо легче рассердиться на вас и сказать, что вы бестолковы или неправы, или что это

не относится к делу, или просто не отвечать. Ужасно трудно высказать то, что я имею в виду, так как я знаю, это причинит вам боль».

Я полагаю, что пациент верно воспринял некоторые мои черты, и для меня было несколько болезненно указание на них. Я сказал пациенту, что он прав, но я хотел бы знать, почему для него тяжелее сказать мне это просто и прямо, так, как он только что это сделал, чем прийти в ярость. Он ответил, что он знает из опыта, я бы не расстроился из-за его вспыльчивости, поскольку она явно вызвана его неврозом, и это бы меня не задело. Сказать же мне, что я говорю слишком много и все преувеличиваю, означает критиковать меня, и это причинило бы мне боль. Он знал, что я, как терапевт, горжусь своим мастерством. В прошлом он, бывало, терзался тем, что я могу отомстить ему, но теперь он знал, что это вряд ли возможно, кроме того, это не убило бы его.

Я привел этот клинический пример как образец реалистической реакции на аналитика. Пациент высказал точное восприятие ситуации и оказался способен предсказать без искажений мои реакции. В прошлом его восприятия часто были правильными, но фантазии о моих реакциях были нереальными, то есть были искажены переносом. Так, он чувствовал, что я отомстил бы ему, и это могло бы убить его. В прошлом он развил хороший рабочий альянс по отношению к вспышкам раздражения на меня, но альянс не простирался настолько, чтобы реалистично меня критиковать. Это было достигнуто только на заключительной стадии. Таким образом, мы можем видеть ценность различения между реалистичностью восприятий и реакций. Как по отдельности, так и вместе они могут быть реалистичными или неуместными.

Как я утверждал в предыдущем подразделе, способность пациента к формированию рабочего альянса происходит от его реалистического желания получить помощь путем сотрудничества с аналитиком, который является экспертом в данной области. Кроме того, в прошлом пациент должен был быть способен в какой-то степени формировать реалистичные и деинстинктуализированные объектные отношения. Увлеченность и мастерство психоаналитика реально способствуют формированию рабочего альянса. Постоянная установка аналитика на принятие и терпимость, поиски им инсайта, его прямота, терапевтическое намерение и сдержанность служат как бы ядром, на котором пациент строит реалистичные объектные отношения. Эти заслуживающие доверия черты аналитика побуждают пациента формировать различные идентификации, которые становятся сердцевиной рабочего альянса. Неприятные для пациента черты аналитика обычно ведут к формированию как реалистичных реакций, так и реакций переноса. В любом случае они мешают формированию рабочего альянса. Клинический пример, который я рассмотрел выше, демонстрирует, как моя многословность и склонность к преувеличениям привели к реалистичной оценке пациентом того, что я нарциссически горжусь своим мастерством

интерпретации. Это также привело к явлениям переноса. После пяти лет анализа эти мои черты больше не вызывали переноса у пациента, но воспринимались как недостатки, которые пациент был способен оценивать реалистически. Он мог формировать рабочий альянс со мной, несмотря на мою слабость.

У взрослых все взаимоотношения с людьми состоят из смеси реальности и элементов переноса. Не бывает реакций переноса без грана правды, независимо от того, насколько они фантастичны, и не бывает реалистичных отношений без следа фантазии переноса. Все пациенты, проходящие психоаналитическое лечение, имеют реалистические и объективные восприятия и реакции на своего аналитика наряду с реакциями переноса и рабочим альянсом. Эти три формы отношения к аналитику взаимосвязаны, они влияют друг на друга, переходят друг в друга и могут перекрывать друг друга. Несмотря на это перекрывание, клинически и практически ценно разделять данные три реакции. Пациент имеет реалистичные восприятия и реакции на аналитика с самого начала лечения, но обычно ему трудно выразить негативные реакции и восприятия. Они быстро становятся триггером для реакций переноса, но при этом не поддаются анализу до тех пор, пока не будет установлен некоторый рабочий альянс, вопреки недоверию пациента. Этого, впрочем, может и не случиться, если неприятные черты характера аналитика касаются той области, которая очень важна для пациента.

Молодой аналитик, студент, которого я супервизировал, рассказал мне, что одна из его пациенток, молодая мать, большую часть сессии описывала свою ужасную тревогу в предыдущую ночь из-за внезапной болезни своего маленького сына. У малыша был сильный жар с судорогами, и мать была совершенно вне себя, пока не пришел педиатр. Когда она рассказывала об этом событии моему студенту, она несколько раз принималась плакать. Когда она закончила свой рассказ, аналитик все еще молчал. После нескольких минут обоюдного молчания он сказал ей, что она, должно быть, сопротивляется. Пациентка ничего не ответила. Сессия закончилась. На этом аналитик завершил свой рассказ.

Тогда я спросил его, удовлетворен ли он своей работой на той сессии при ретроспективном взгляде, было ли что-то еще, что он мог сделать. Он ответил, что ее длительное молчание, возможно, означает, что она чувствует себя виноватой за свои вытесненные желания смерти по отношению к сыну, но он думал, ему следовало подождать, прежде чем привносить этот материал. Я сказал ему, что, возможно, у пациентки и были глубоко скрытые желания смерти по отношению к мальчику, но я чувствую, что ее тревога и печаль были гораздо более очевидны и заслуживали отклика во время сессии. Студент чопорно напомнил мне, что Фрейд говорил о том, что в наши обязанности не входит удовлетворение инстинктивных и нарциссических желаний наших пациентов.

Я сдержал себя от дальнейших комментариев по этому вопросу и спросил его, что произошло на следующей сессии. Студент ответил, что пациентка пришла на сессию, не сказала абсолютно ничего и молча вытирала слезы, которые струились по ее лицу. Время от времени он спрашивал ее, о чем она думает. Сессия окончилась, но никаких других слов не было произнесено. Снова я спросил молодого аналитика, нет ли у него еще каких-либо мыслей о том, что он мог бы сделать еще. Он пожал плечами. Я спросил, выяснил ли он, что случилось с малышом. Он сказал, что пациентка ничего не сказала, а он не спрашивал. Последняя сессия, о которой он рассказывал, была последней сессией пациентки на той неделе, до супервизии он больше не видел ее.

Я покачал головой с недоверием. Я спросил студента, неужели у него самого нет беспокойства или интереса относительно состояния здоровья малыша. Я добавил, что, возможно, молчаливые слезы молодой женщины свидетельствовали о том, что состояние здоровья малыша ухудшилось, или она ощущала, что аналитик холоден, враждебен и безучастен по отношению к ней. Студент ответил, что я, возможно, прав, но он считает, что я чересчур эмоционален. Я закончил сессию, сказав ему: я чувствую, что отсутствие эмоционального отклика будет мешать формированию рабочего альянса. Пока он не сможет до некоторой степени сочувствовать пациентке и показать ей это в определенных границах, он не будет способен анализировать ее. Я предсказал ему, что, даже если она вернется, я опасаюсь, что лечение не будет осуществлено. Когда пациент так страдает, не только естественно, но и необходимо проявить сострадание.

На следующей неделе молодой аналитик рассказал, что пациентка пришла в понедельник утром и объявила, что прекращает анализ. Когда он спросил ее, почему, она ответила, что он болен больше, чем она. Она оплатила счет и ушла. После паузы я спросил его, что случилось с ее ребенком. Молодой человек покраснел и со стыдом признал, что он «забыл» спросить ее об этом. Я использовал его забывчивость и то, что он покраснел, как возможность для того, чтобы продемонстрировать ему, что у него, должно быть, какие-то проблемы в этой области. Затем я предположил, что он, возможно, нуждается в дополнительном собственном анализе. Молодой человек согласился с этим.

Эти клинические данные демонстрируют тот факт, что неприятная черта аналитика может продуцировать реалистические реакции на него у пациента, что мешает успешному психоаналитическому лечению (см. второй том, где дано более полное обсуждение этой и родственных проблем). По моему мнению, поведение пациентки было реалистичным и уместным. Это не отрицает того, что поведение аналитика также вызвало реакции переноса, но в данной

ситуации это было второстепенно. Поведение аналитика было пагубным для формирования рабочего альянса, потому что пациентка ощущала, что это поведение вызвано враждебной отстраненностью или страхом контрпереносного вовлечения. Я утверждаю, что аналитику можно выказать некоторое сочувствие к страданию пациента без того, чтобы это стало чрезмерным удовлетворением переноса. Например, он мог бы просто спросить пациентку: «Как Ваш малыш? Что говорит доктор?» Только после этого анализ реакций пациентки стал бы возможен, и то только в тех дозах, которые были бы совместимы со способностью пациентки переносить дополнительную боль от анализа. Многие аналитики подчеркивают опасность чрезмерных или излишних фрустраций и деприваций (Glover, 1955; Bibring G., 1935; Menninger, 1958).

Другую иллюстрацию этой проблемы можно увидеть в том, как аналитик подходит к своим незначительным ошибкам в технике, которые были замечены пациентом. Я знаю аналитиков, которые полагают, что неверно было бы сознаваться пациенту в том, что они совершили ошибку. Они скрывают это за непроницаемым покровом «аналитического молчания». Я знаю и других, которые не только признают свои промахи, но и обременяют своих пациентов исповедью о бессознательных мотивах своей ошибки. Мне кажется авторитарным, нечестным и недостойным скрывать сделанную ошибку от пациента, который это осознает. Такое поведение аналитика будет провоцировать справедливое недоверие, которое может стать неанализируемым и привести к неподатливой покорности или разрушению лечения. Излияние бессознательных мотиваций аналитика, стоящих за его ошибкой, является карикатурой на честность. Аналитик в этом случае пользуется затруднительным положением пациента для своего личного инстинктивного удовлетворения или своей потребности в наказании. Насколько же отличаются такие реакции от прямого и искреннего признания ошибки и следующей за этим просьбой к пациенту описать его чувства и ассоциации в связи с вашей ошибкой и вашим признанием ошибки. Аналитическая ситуация является неравной, потому что одна сторона в ней — беспомощный больной, а другая — терапевт и эксперт. Но она должна быть равной в том смысле, что оба, и пациент, и аналитик, имеют права человека, которые должны быть гарантированы.

Если бы пациент спросил меня, почему я сделал ошибку, я бы сначала задал вопрос о том, какие фантазии возникли у него в связи с этим, а затем объяснил бы, что причины моей ошибки относятся не к его, а к моему анализу. Я отвечаю таким же образом на все вопросы о моей личной жизни. Я спрашиваю об ассоциациях, а затем привожу причины, по которым я не отвечаю на вопросы.

Для эффективной и успешной работы важно, чтобы аналитические и терапевтические установки аналитика строились на основе его реального отношения к пациенту. Как я утверждал в разделах 1.33 и 3.5 и буду обсуждать в главе 4,

аналитик не может работать аналитически, если не способен переходить от относительно отстраненной аналитической позиции к более вовлеченной терапевтической и обратно. Аналитик должен быть личностью, которая может быть эмпатичной и искренне сочувствующей, но в то же время сдержанной. Временами необходимо причинять пациенту боль, допуская его страдание. Однако психоаналитическое лечение не может проводиться в атмосфере неослабной жестокости, ледяной отстраненности или длительного веселья. Аналитик должен быть способен совмещать в себе две противоположные функции: «анализатора данных» и лекаря больного и страдающего человека, — и в процессе анализа колебаться между ними.

Искренние чувства аналитика к пациенту должны содействовать рабочему альянсу. Задача аналитика — сдерживать те свои отклики, которые могли бы причинить вред терапевтическому процессу. Это не означает, что аналитик сознательно берет на себя роль, которая чужда ему. Просто необходимо постоянно помнить о том, что пациент — это не просто человек, поставляющий материал для анализа, но и страдающий невротик, только тогда аналитик сможет воспринимать пациента и с позиции интерпретатора, и с позиции врача. Контрпереносные реакции необходимо выявлять и сдерживать. Реалистичные и сильные реакции также необходимо сдерживать, но иногда они указывают на то, что с данным пациентом данный аналитик не может работать. Искусственные реакции будут необходимы аналитику только временно, до тех пор, пока он не сможет мобилизовать искренние аналитические и терапевтические установки. Если это достигается, то пациент получает возможность переживать и достигать инсайта посредством уникального вида объектных отношений, в котором многие формы любви и ненависти становятся конструктивными инструментами, а не просто возможностями для удовольствия и боли (Winnicott, 1949; Stone, 1961; Greenson, 1966).

Хотя пациент и аналитик развивают реакции переноса, рабочий альянс и реальные отношения друг к другу, их пропорции и последовательность различны. У пациента реакции переноса преобладают во время длительной средней фазы анализа. Реальные отношения находятся на переднем плане на ранней стадии анализа и выступают снова в заключительной стадии (Freud A., 1954; Freud A.,1965). Рабочий альянс развивается ближе к концу вводной фазы, но периодически отступает, пока пациент не дойдет до заключительной фазы.

У психоаналитика рабочий альянс должен преобладать с начала до конца. Контрпереносу следует всегда быть на заднем плане. Реальным отношениям можно предоставить больше свободы только в заключительной фазе анализа. Бывают случаи, однако, когда аналитик руководствуется особыми соображениями и дает возможность своим реальным чувствам выразиться раньше. Ситуация молодого аналитика, описанная выше, была одной из тех, где я бы открыто показал свое беспокойство о ребенке пациентки. Мне кажется,

что пациент не позволит глубоко анализировать себя, если аналитик будет сохранять ледяную отстраненность в такой ситуации. Такие человеческие реакции аналитика являются необходимой предпосылкой для формирования рабочего альянса у пациента. Некоторые пациенты, возможно, предпочли бы аналитика, подобного компьютеру, но в действительности они таким образом пытаются избежать подлинного психоаналитического переживания.

Существуют пациенты, которые пытаются изолировать аналитика от реальной жизни и представляют себе, что он существует только в своем офисе, а его эмоциональные отклики всегда хорошо регулируются и контролируются. В таких случаях я нахожу полезным позволить себе продемонстрировать пациенту обратное. Слова часто недостаточны. Я позволяю пациенту время от времени почувствовать мое разочарование по поводу того, что он не делает прогресса, или увидеть, что события, происходящие в мире, действительно затрагивают меня. Я стараюсь ограничивать интенсивность своих реакций, но я не открываю дверь каждый день с одним и тем же выражением лица и заканчиваю сессию неодинаково. Я не планирую такие вариации. Я позволяю самому себе быть гибким в этих вопросах. Я придерживаюсь того мнения, что важно демонстрировать некоторыми действиями и поведением, что аналитик — человеческое существо. Это включает и то, что временами заметна и некоторая его человеческая хрупкость. Книга Стоуна (1961) содержит много интересных замечаний по этому и другим вопросам.

Существует еще одна область, которая требует от аналитика необычно высокой степени прямого обсуждения. Я имею в виду ту ситуацию, которая возникает, когда аналитик обнаруживает, что он и его пациент испытывают существенные разногласия по политическим или социальным вопросам, которые важны для каждого из них. Например, я знаю по опыту, что я не могу эффективно работать с некоторыми пациентами, которые являются очень реакционными в своих политических или социальных взглядах. В таких ситуациях я советую пациенту открыто рассказать о своих чувствах, и как можно раньше. Я предлагаю ему считать себя свободным, чтобы поискать другого аналитика, если он находит, что моя точка зрения слишком смущает его. Если же мои собственные чувства по поводу этого вопроса очень сильны, а другие качества пациента не внушают симпатии, я говорю ему, что я не смогу работать с ним, и настаиваю на том, чтобы он нашел другого аналитика. Чтобы не травмировать пациента, я также говорю ему, что, возможно, это мой недостаток.

Можно сказать еще многое о реальных взаимоотношениях между пациентом и аналитиком. В главе 4 будут затронуты дополнительные проблемы, а также можно будет найти в тексте книги и другие иллюстрации по этому вопросу.

3.7. Клиническая классификация реакций переноса

Не существует такого способа классификации явлений переноса, который охватывал бы все его разновидности. Вне зависимости от того, как аналитик пытается разделить различные клинические формы переноса, он приходит либо к несистематической классификации, при которой упущены многие важные клинические типы, либо к такой классификации, в которую входят очень многие клинически значимые разновидности, но при этом имеются большие перекрывания. Меньшим злом является жертвование систематичностью в пользу полноты. Я попытаюсь описать наиболее важные формы реакций переноса и классифицировать или «маркировать» их в соответствии с тем, что кажется мне клинически самым полезным подходом.

Следует иметь в виду, что один метод классификации не исключает другого. Например, кто-то может описывать некую ситуацию как представляющую позитивный перенос и с равной обоснованностью маркировать тот же самый феномен как материнский перенос и т. д. Другой момент: эти реакции переноса не будут дифференцироваться с той точки зрения, являются ли они спорадичными, временными реакциями переноса или они являются проявлениями невроза переноса. Такая дифференциация уже описывалась в теоретическом разделе, и все категории реакций переноса следует понимать как существующие в обеих формах. В конечном счете необходимо понимать, что большее количество трансферентных чувств возникает одновременно, точно так же как и в объектных отношениях вообще. Теоретически можно описать различные слои или иерархии эмоций и защит, сосуществующих в любом данном взаимоотношении между людьми. В последующем описании типов реакций переноса я ограничусь обсуждением того, что преобладает, что является в анализе наиболее клинически значимым в данный период времени.

3.71. Позитивный и негативный перенос

Хотя Фрейд (1912a) очень рано осознал, что все явления переноса амбивалентны по своей природе, он сохранил прежнее деление переноса на позитивный и негативный. Несмотря на все свои неопределенности и недостатки,

эта форма классификации закрепилась и остается наиболее часто используемой практикующими аналитиками.

3.711. ПОЗИТИВНЫЙ ПЕРЕНОС

Термин «позитивный перенос» является кратким названием для описания реакций переноса, которые состоят преимущественно из любви в любой ее форме или из любых ее предвестников и производных. Мы считаем, что позитивный перенос существует, когда пациент испытывает по отношению к аналитику какие-либо из следующих чувств: любовь, нежность, доверие, влюбленность, симпатию, интерес, преданность, восхищение, увлеченность, страсть или уважение. Мягкие формы любви, лишенные сексуальных и романтических компонентов, способствуют формированию рабочего альянса. Я здесь имею в виду чувства, близкие симпатии, доверию и в особенности уважению.

Другая важная форма позитивного переноса имеет место, когда пациент влюбляется в аналитика. Это регулярно случается при работе с пациентами противоположного пола, но я никогда не видел, чтобы это случалось с пациентами того же самого пола, за исключением тех пациентов, которые являются открыто гомосексуальными. Эта любовь, возникающая в ходе анализа, имеет удивительное сходство с любовью в реальной жизни. Это случается столь регулярно в анализе потому, что наши пациенты имели болезненные переживания такого рода в своей прошлой жизни. Эти чувства были вытеснены и проявились вновь в виде любви переноса во время анализа. Возможно, в некоторой степени она более иррациональна и инфантильна в своих проявлениях, чем реальная любовь. Работа Фрейда (Freud, 1915a), в которой он глубоко и проницательно исследовал этого вопрос, заслуживает внимания.

Пациентка, влюбленная в своего аналитика, создает множество проблем для техники. Во-первых, главной целью пациентки становится удовлетворение своих желаний, и она противится аналитической работе над этими эмоциями. Во время наиболее интенсивных фаз ее любви очень трудно, если вообще возможно, получить доступ к ее разумному Эго и установить рабочий альянс. Аналитику следует быть терпеливым и ждать, пока сильные эмоции ослабеют. Во-вторых, горячая любовь женщины-пациентки может вызвать чувства контрпереноса у аналитика. Это в особенности применимо к молодым, неопытным аналитикам и к аналитикам, несчастным в своей личной жизни. В этом случае будет возникать бессознательное искушение как-нибудь ответить на любовь леди либо удовлетворить ее в той или иной форме, или же стать грубым и сердитым с нею из-за того соблазна, который представляет ее любовь. Фрейд дал совершенно недвусмысленный совет по поводу этой ситуации (Freud, 1915a, p. 163—171). Здесь не может быть компромисса.

Аналитик не может допустить даже самого невинного, частичного эротического удовлетворения. Любое такое удовлетворение делает любовь пациентки относительно неанализируемой. Это отнюдь не означает, что аналитик должен вести себя бесчувственно и бессердечно. Аналитик может быть тактичным и чутким по отношению к пациентке и ее состоянию и при этом продолжать заниматься анализированием. Возможно, ни в какое другое время не является столь необходимой аналитическая позиция сочувственной, сдержанной гуманности и твердости. Позвольте мне проиллюстрировать это.

Молодая женщина, робкая и застенчивая, во время третьего месяца анализа начинает выказывать несомненные признаки того, что она влюблена в меня. В конце концов после нескольких дней борьбы со своими чувствами она со слезами признается в своей любви. Она умоляет меня не обращаться с этим состоянием тем же самым аналитическим, холодным способом, как я обращался с другими ее эмоциями. Она просит меня не оставаться молчаливым и отчужденным. Я должен сказать хоть что-нибудь, что угодно, для нее так унизительно быть в таком положении. Она рыдает, всхлипывает и, наконец, замолкает. Через некоторое время я говорю: «Я знаю, это очень трудно для вас, но важно, чтобы вы попытались выразить точно, что вы чувствуете». Пациентка помолчала мгновение, а затем сказала умоляюще и сердито: «Это нечестно, вы можете спрятаться за аналитической кушеткой, а я должна раскрываться перед вами. Я знаю, вы не любите меня, но скажите мне хотя бы, если я нравлюсь вам; позвольте себе проявить некоторую заботу, скажите мне, что я не просто «номер» для вас — одиннадцатичасовая пациентка». Она плакала, всхлипывала и потом снова замолчала. Я тоже немного помолчал и сказал: «Верно, это нечестно, аналитическая ситуация не равная: ваша задача — позволить вашим чувствам выйти, а моя работа — понять вас и проанализировать, что проявилось в них. Да, это нечестно».

Казалось, это мое замечание помогло пациентке. Она смогла потом выразить более полно свой гнев и чувство оскорбления. Следующие сессии были смесью ненависти и любви, но она стала способна работать над этими реакциями. Я думаю, она могла услышать в моем тоне и в моих словах, что я осознаю болезненность ее затруднительного положения, и, хотя сочувствую ей, но обязан выполнять свою аналитическую работу. Однако ее разочарование и ощущение отверженности из-за моей установки на работу, а не удовлетворение, вошли в клиническую картину в первую очередь, и следовало работать с ними. Важно избежать как опасности фальшиво ободрить пациентку, так и причинить ей ненужную боль, которая будет подталкивать ее к подавлению своих чувств и бегству прочь в той или иной форме.

Любовь в переносе пациента всегда становится источником сопротивления. Она может противостоять работе анализа из-за настойчивых требований пациента и его стремлений к немедленному удовлетворению. В этом случае аналитические сессии становятся для пациента возможностью удовлетворения желания близости, и пациент теряет интерес к инсайту и пониманию. Дальнейшим осложнением становится то, что пациент будет обычно реагировать на вмешательства аналитика (или отсутствие вмешательств), чувствуя боль и отвержение, и по этим причинам будет сознательно отказываться работать. Пациентка, о которой рассказывалось выше, — пример подобного развития. Техническая задача состоит в том, чтобы обеспечить наиболее полное выражение каждому проявлению любви пациента и в нужный момент начать работу с сопротивлениями пациента.

Позвольте мне вернуться к пациентке, о которой рассказывалось выше. После того как я признал, что аналитическая ситуация является «нечестной» в том смысле, что она должна раскрывать себя, а моя работа состоит в том, чтобы анализировать ее, она попыталась продолжить выражение своих чувств любви по отношению ко мне. Но теперь нота гнева добавилась к ее печальному, умоляющему и настойчивому тону; я мог уловить полутона горечи: «Я знаю, вы правы, мне следует идти дальше, все равно, что вы чувствуете по поводу этого. Это так тяжело сказать о своей любви, умолять о ней, а в ответ получить только молчание. Но вы, должно быть, знакомы с этим, я полагаю, это случается со всеми вашими пациентами. Хотела бы я знать, как вы выдерживаете это... но вам платят за то, чтобы вы слушали».

Пациентка замолчала, и я некоторое время помолчал. Теперь ее глаза были сухи, широко открыты, ее рот был сжат, руки плотно прижаты крест-накрест к телу. Через некоторое время я сказал: «Теперь вы обижаетесь на то, как я ответил вам — пожалуйста, опишите это словами». Она сделала это. Сначала это был поток гневных чувств, затем снова прилив любви, и это повторялось несколько раз. Через несколько сессий интенсивность этих чувств постепенно уменьшилась, и она стала готова работать. Теперь я мог сказать ей: «Давайте попытаемся понять, что случилось; понять, почему вы любите и как вы любите. Что вы нашли во мне достойного любви». Задавая этот последний вопрос, я предлагал себя пациентке в качестве модели того, как она могла бы взглянуть на свое чувство любви. Как оказалось, это помогло в тот момент, и разумное Эго пациентки стало более последовательно и доступно. Затем мы сумели восстановить рабочий альянс и вместе исследовать то, что происходило на предыдущих сессиях. Детали процедуры следующих шагов будут описаны в разделе 3.9.

Другую техническую проблему представляют собой искушенные пациенты, которые спрашивают, обычно в начале анализа: «Доктор, входит ли в мои обязанности влюбляться в вас?» Следует сначала выяснить источник этого вопроса, как и в случае других вопросов в анализе, и не отвечать немедленно. Но бывает и так, что стоит ответить на этот вопрос, так как, по моему мнению, пациент заслуживает некоторых знаний о том, что он «обязан» чувствовать. Лучшим ответом на такой вопрос я нахожу следующий: пациент «обязан» делать то, что следует из правила свободной ассоциации, то есть позволять своим мыслям и чувствам перемещаться свободно, без цензуры, и высказывать их настолько точно, насколько он сможет. Не существует единого шаблона того, что пациент должен чувствовать, поскольку каждая индивидуальность уникальна. Не существует способа узнать, какие чувства собирается пережить данный пациент в данный момент времени в своих реакциях по отношению к своему аналитику.

Я сказал ранее, что согласно моим наблюдениям, романтичный, проявляющийся в виде влюбленности перенос имеет место только в случае, когда пациент и аналитик противоположного пола (за исключением явных гомосексуалистов). Это утверждение следует, однако, модифицировать. Мои пациенты-мужчины будут часто во время своего анализа влюбляться в женщин, которых их фантазия связывает со мной — в мою жену, дочь, коллегу, пациенток и т. д. Часто их любовь будет показывать, что именно связь со мной является для них важным аспектом. Мои пациенты-мужчины также переживают сексуальные чувства по отношению ко мне, но обычно без любви. Или же они будут переживать какой-то аспект любви, но не одновременно с сексуальными чувствами. Единственное исключение представляют собой сны, где мои пациенты-мужчины могут переживать как чувственные, так и любовные чувства по отношению ко мне, особенно если я как-то замаскирован.

Идеализация — другая разновидность позитивного переноса, которая имеет место у пациентов обоих полов (Greenacre, 1966b). Иногда она является возвращением к поклонению герою их латентной фазы. Идеализация особенно часта у пациентов, которые потеряли родителей в результате развода или смерти. По моему опыту, идеализация является попыткой предохранить аналитика от примитивных деструктивных импульсов. Это также относится ко всем фиксированным и неизменяемым реакциям переноса. Ригидность показывает, что эмоции и импульсы противоположной природы удерживаются под контролем. Отношение поклонения скрывает вытесненную неприязнь, которое прикрывает примитивную ненависть. Поверхностная зависть является ширмой для презрения, которое, в свою очередь, скрывает более регрессивную зависть.

Все явления переноса — амбивалентны, потому что природа объектного отношения, которое переносится, является более или менее инфантильной, а все

инфантильные объектные реакции являются амбивалентными. Однако с амбивалентностью каждый человек обращается по-своему, более того, у одного и того же пациента существуют различные виды амбивалентности. Например, можно наблюдать, что определенная пациентка проявляет в основном чувства любви и восхищения по отношению к своему аналитику, но при этом можно обнаружить отдельные моменты сарказма или гнева, распыленные в ее позитивных ремарках. Или та же пациентка будет проходить через периодические колебания отношений к аналитику; в течение нескольких недель ее чувства будут почти исключительно теплыми и любовными, а затем, в последующий период, сменятся заметной враждебностью и гневом.

Более трудной для распознания является та ситуация, в которой пациент отщепляет один из аспектов амбивалентности на другой объект, часто на другого аналитика или врача (Greenacre, 1966). Такой пациент обычно сохраняет позитивные чувства для своего собственного аналитика и смещает негативные чувства на других аналитиков. Обратное также имеет место. Этот тип расщепления переноса очень распространен среди депрессивных невротиков, а также среди кандидатов в психоаналитики. Аналитической задачей является, в первую очередь, осознание того, что амбивалентность проявляется через расщепление, и демонстрация этого пациенту. Иногда этого инсайта достаточно для того, чтобы привести к изменению. Часто, однако, несмотря на то, что расщепление переноса осознано, ситуация переноса особенно не изменяется. Это означает, что расщепление служит важным защитным целям, и функции сопротивления, которые выполняет расщепление, становятся объектом нашей аналитической работы.

Хороший пример такой ситуации представляет случай кандидата, которого я анализировал много лет. В течение длительного периода времени его явный перенос был устойчиво положительным. Он уважал меня и восхищался мною, несмотря на мои случайные ляпсусы, он был всегда необычайно понятлив и хвалил меня. С другой стороны, он был чрезвычайно критичен по отношению к каждой оплошности, которую он наблюдал, или думал, что наблюдал, у любого другого тренинг-аналитика. Я указывал ему на это чрезвычайно пристрастное поведение, но пациент упорно отстаивал оправданность своих реакций. Однако я настаивал на интерпретации этого паттерна поведения как сопротивления тому, чтобы встать лицом к лицу со своей враждебностью по отношению ко мне, и в течение длительного периода не давал ему никакой другой интерпретации этого. В конце концов кандидат не мог больше отвращать свои враждебные чувства. Он разразился гневом на меня и обвинил меня в том, что я такой же, как и все остальные тренинг-аналитики, догматичный, подавляющий и безрассудный. Он был сильно удивлен своей собственной вспышкой и интенсив-

ностью чувств, которые прорвались наружу. Только тогда он был способен осознать, что в течение ряда лет он бессознательно защищал меня от своих агрессивных чувств и смещал их на других тренинг-аналитиков. Только тогда он стал способен осознать, что в его чувствах к отцу было сходное расщепление; он поддерживал сознательную идеализацию отца и одновременно постоянно воинственно и даже драчливо проявлял себя по отношению ко всем авторитетным фигурам своего окружения.

Позитивный перенос может переживаться на любом и на всех уровнях либидинозного развития. Более детально это будет описано в разделе 3.73. Здесь я хотел бы лишь обрисовать картину позитивных и негативных реакций переноса. Аналитик может «стать» нежной, любящей, дающей молоко матерью или жестокой, отвергающей, дающей плохое молоко или вовсе не дающей молока матерью. Такие реакции присутствуют у пациентов обоих полов. Когда это происходит, на интерпретации реагируют как на хорошую или плохую пищу, а молчание ощущается как оставление или, напротив, как блаженное единение. Пациент может стать пассивным и зависимым или капризно жалующимся на то, что не получает ничего стоящего. В этот период также могут иметь место депрессивные, ипохондричные и параноидоподобные реакции.

Аналитик может стать добрым, всепрощающим родителем анальной фазы, и обильные свободные ассоциации пациента становятся фекальными подношениями, которые щедро преподносятся в дар. Негативная сторона этой картины — аналитик, становящийся строгой, суровой фигурой, требующей от пациента его «содержание», тем, кто хочет отобрать ценную собственность пациента. В таких условиях пациент может стать упрямым, вызывающим и удерживающим что-то. Или же это может проецироваться на аналитика, который может восприниматься как упрямый, полный ненависти и утаивающий что-то. Аналитик может стать эдиповой фигурой, ревниво и инцестуозно любимой, что будет сопровождаться виной и тревогой. Можно также наблюдать любовь-поклонение герою из латентного возраста и страстную юношескую влюбленность. В каждом случае аналитику следует иметь в виду тот факт, что эта любовь имеет потенциальный негативный аспект, который должен, в конце концов, быть обнаружен.

Сексуальные компоненты позитивного переноса заслуживают специального упоминания, потому что они часто являются источником самых интенсивных и упорных сопротивлений. Пациенты склонны признавать свои эмоциональные реакции по отношению к аналитику, но неохотно осознают чувственные аспекты своего отношения. Более того, весь позитивный перенос, за исключением сублимированных, десексуализированных чувств, будет сопровождаться либидинозными устремлениями, а это означает вовлечение зон

тела, инстинктивных целей и телесных ощущений. Задачей анализа и является прояснить эти различные элементы и выявить фантазии, вплетенные в эти ощущения и деятельность. Очень часто сновидение будет предоставлять наиболее короткую дорогу к скрытым сексуальным устремлениям.

Пациент-мужчина, мистер З.[1] во время второго года анализа борется со своими гомосексуальными желаниями и страхами и рассказывает следующее сновидение: «Я еду на грузовике вниз по гигантскому горному склону. Я сижу сзади, а грузовиком управляет человек, который, кажется, является лидером каравана. Мы делаем остановку и, помогая мне спуститься, он втыкает свой язык в мое ухо».

Ассоциации пациента к этому, после того как он преодолел некоторое сопротивление, привели меня к мысли, что заднее сиденье грузовика и гигантский склон горы означает ягодицы и анус большого мужчины. Я отметил ему это, что привело к дальнейшим ассоциациям, касающимся того, как он видел своего отца обнаженным в ванной, будучи маленьким мальчиком. Язык в ухе напомнил ему сначала о щекотании, когда они играли с младшим братом. Затем, однако, он осознал, что несколькими днями раньше он сердито обвинял меня в том, что я «запихиваю» ему в уши свои интерпретации. Постепенно я смог показать пациенту, что у него были страхи, но также и желания, чтобы я запихнул их в его «r-ear»[2]. Это было производное пассивного мазохистского анального удовольствия, которое он переживал от клизм, которые ему ставил отец.

Следует помнить, что в переносе повторно проживаются не только реальные события, но и фантазии прошлого. Очень часто сексуальные реакции переноса являются повторениями фантазий пациента, пережитых по отношению к родителю (Freud, 1914b, p. 17—18). Последний клинический пример иллюстрирует повторение реального переживания. Позвольте мне привести пример фантазии, которая была вновь пережита тем же пациентом, мистером З.

Я отмечал в разделе 2.52, что у этого пациента были навязчивые фантазии о повешении. Он мог представлять все это чрезвычайно живо, с деталями, вплоть до ощущения, что его шея сломалась, и по его телу распространились электрические ощущения и онемение. В один из моментов анализа я стал палачом: он мог представить, как я надеваю на его шею петлю, открывающего люк у него под ногами, что вызывает его падение, и как веревка, обвитая вокруг его шеи, встряхивает его, раздавливая его шею. Я был именно тем, кто отвечал за все эти чувства

---

[1] См. разделы 2.52, 2.54, 2.71 и 3.531.

[2] Игра слов: rear (*англ.*) — задний, зад; ear (*англ.*) — ухо (*Примечание переводчиков*).

и ощущения раздавливания, разламывания, встряхивания, электрического покалывания и окоченения. На палаче был капюшон, и, на первый взгляд, он выглядел, как я; когда же он снял маску, то оказалось, что это его отец. Навязчивая фантазия была возвращением детской фантазии, его мазохистской разработкой и искажением желаний пассивности и вторжения, связанных с отцом. Это было также проекцией садистских фантазий, связанных с отцом. В процессе повешения мною, то есть его отцом, отразилась отчасти его идентификация с отцом, в которой отец делал с ним то, что он, будучи мальчиком, хотел сделать со своим отцом, а также то, что он хотел, чтобы отец делал с ним (Freud, 1916b). Момент, который я хочу здесь акцентировать, заключается в том, что пациент повторно проживает фантазии своей прошлой жизни в переносе.

У различных пациентов тот или другой аспект позитивных чувств переноса может отвращаться, потому что он ощущается как опасный. У мужчин такое отношение возникает обычно к гомосексуальным импульсам, что приводит к формированию сильных защит. Фрейд (Freud, 1937a, p. 250) утверждал, что они относятся к наиболее упорным сопротивлениям, встречаемым в анализе. Но и другие чувства могут также ощущаться как опасные. Некоторые пациенты страшатся романтических и эротических чувств и развивают защиты против них. Их анализ может характеризоваться упорным постоянством «разумного» переноса, или они могут ускользать в поверхностную, но хроническую враждебность или сарказм как защиту и сопротивление. Длительное отсутствие позитивного переноса является обычно результатом действия защит и будет описано более полно под названием «переноса защит» в разделе 3.82. Не следует забывать, что сама атмосфера анализа может также вызывать длительные негативные реакции, которые не являются просто реакциями переноса. Тогда мы встаем лицом к лицу с двумя проблемами: контрпереносом аналитика и мазохистичностью пациента, который примирился со всем этим.

Позитивные реакции переноса будут продуцировать сильное сопротивление в анализе, когда они являются Эго-синтонными. Первые шаги анализа после того, как эта реакция переноса осознана пациентом, состоят в том, чтобы сделать ее чуждой Эго. Разумное Эго пациента должно осознать, что его реакции переноса являются нереалистичными, основываются на фантазии и имеют какой-то скрытый мотив. Тогда пациент будет более охотно работать над своими чувствами, пытаться исследовать их с целью проследить их назад в прошлое.

Эго-дистонные позитивные реакции переноса, однако, могут также вызывать сопротивления. Пациенты могут чувствовать смущение или стыд за свои любовные или сексуальные чувства. Или они могут страшиться

отвержения и унижения и могут, следовательно, скрывать свои эмоции. Во всех таких случаях на передний план будут выходить сопротивления, которые нужно будет раскрыть и проанализировать, прежде чем аналитик сможет анализировать либидинозные реакции переноса. Следует сначала анализировать смущение пациента или его страх отвержения для того, чтобы затем можно было успешно анализировать другие аспекты переноса. Это будет рассматриваться также в разделе 3.82.

3.712. НЕГАТИВНЫЙ ПЕРЕНОС

Термин «негативный перенос» используется для обозначения чувств переноса, которые основаны на ненависти в любой из ее многочисленных форм, ее предшественников и производных. Негативный перенос может быть выражен как ненависть, гнев, враждебность, недоверие, отвращение, антипатия, нелюбовь, негодование, горечь, зависть, неприязнь, презрение, раздражение и т. д.. Негативный перенос всегда присутствует в анализе, хотя часто его гораздо труднее раскрыть, чем проявления позитивного переноса. Не только пациенты защищают себя от осознания трансферентной ненависти, но и аналитик сам склонен бессознательно «подыгрывать» этому сопротивлению. По моему опыту и опыту других аналитиков, недостаточно проанализированный негативный перенос является самой частой причиной того, что анализ заходит в тупик (Freud, 1937a, p. 241—247; Glover, 1955, Nacht, 1954; Haak, 1957).

Многое из того, что было сказано при обсуждении позитивного переноса, имеет отношение и к негативному. Эти моменты не будут здесь повторяться. Наиболее важные различия сосредоточены в особых видах сопротивлений, вызываемых негативным переносом.

Здесь есть аналогия с рабочим альянсом, где несексуальная симпатия, доверие и уважение к аналитику позволяют пациенту смелее искать новых инсайтов. При негативном переносе мы обнаруживаем хроническое глубоколежащее недоверие, которое может сделать всю аналитическую процедуру болезненной и в конце концов превратить ее в то, от чего нужно избавиться. Если пациент способен вынести этот вид негативного переноса, не поддаваясь импульсу прервать анализ, мы можем увидеть, как возникают хронические покорные, мазохистские реакции переноса. Пациент переносит трудности аналитической работы для того, чтобы пройти через них, претерпеть страдание. Здесь нет приятного чувства достижения или удовлетворения, как во взаимно ощущаемом рабочем альянсе. Пациент подчиняется анализу потому, что он неспособен прервать лечение, и, приходя на сессии, он избегает этого кризиса: это избегание, отыгрывание сопротивления анализу путем посещения анали-

тических сессий. Весь анализ может стать чем-то таким, что нужно перенести, потому что это меньшее зло по сравнению с действительной уступкой и борьбой с невротическим страданием.

Такие пациенты могут работать хорошо и даже эффективно в течение длительного периода времени, но рано или поздно этот вид переноса должен быть осознан как сопротивление. Это либо неявная латентная, параноидоподобная защита, либо скрытое мазохистское удовольствие, либо защита против позитивного переноса, либо же это комбинация всех этих трех компонентов. Это может быть ответом на некоторые нераспознанные негативные чувства аналитика, реалистические или связанные с контрпереносом. У анализируемых невротических пациентов мазохизм и защита против чувств любви являются преобладающими, хотя отдельные параноидные элементы также могут присутствовать.

Какое-то время моей пациенткой была женщина 35 лет, коммунистка. Она работала упорно, но с горечью и под влиянием окрашенного смирением и подозрительностью рабочего альянса. На поверхности лежало то, что мне нельзя было доверять, потому что я не был коммунистом, а принадлежал к среднему классу. Тем не менее я давал ей наилучшую возможность избавиться от более непереносимого фобически-компульсивного невроза. На более глубоком уровне она наслаждалась тем мазохистским страданием, через которое, как она фантазировала, я ее провожу. Ниже лежал еще более сильный страх влюбиться в меня, то есть отдаться мне на милость, что действительно сделало бы ее уязвимой. И на дне всего этого был страх своего примитивного гнева и деструктивности, которые, она чувствовала, уничтожат нас обоих, если она полюбит и будет отвергнута. Этот, в сущности, негативный смиренный перенос был тем не менее относительно продуктивным в течение долгого времени, хотя и гораздо менее продуктивным, чем был бы обычный рабочий альянс. Потребовалось два с половиной года, чтобы проработать ее мазохистский перенос, однако эта работа ускорила весь дальнейший анализ.

Затем возникли осложнения. Пациентка снова стала чрезвычайно сильно сопротивляться и вернулось ее старое отношение недоверия. Оказалось, это было вызвано тем фактом, что она и ее коммунистическая группа обдумывали какую-то форму саботажа, а поскольку наша страна тогда участвовала во Второй мировой войне, она не могла рассказать мне об этом. Она хотела знать, что бы я сделал, если бы она рассказала мне детали. Я сказал ей просто, что чувствую, что не могу анализировать ее в таких условиях, поскольку я буду разрываться между долгом по отношению к ней как к своей пациентке и лояльностью по отношению к своей стране. Она, казалось, была удовлетворена моим ответом, поскольку сказала, что это кажется

> совершенно честным, тогда как в случае любого другого ответа у нее были бы сомнения. Но у меня было такое впечатление, что ее старое недоверие никогда не оставляло ее, и наша работа снова замедлилась. Призыв меня на военную службу, последовавший вскоре, заставил меня передать ее другому аналитику, что, возможно, было наилучшим решением для нас обоих.

Проявление временных реакций негативного переноса в начале анализа ставит больше проблем, чем ранняя любовь в переносе. Враждебность и гнев в начале анализа, до того как будет установлен надежный рабочий альянс, искушает пациента к отыгрыванию и прерыванию анализа. Ранним негативным переносом, следовательно, надо энергично заниматься для того, чтобы предупредить такое развитие. Это при работе с позитивным переносом можно позволить себе быть более пассивным.

Однако, когда рабочий альянс уже установлен, появление негативного переноса может быть важным признаком прогресса. Повторное проживание враждебности и ненависти к фигурам раннего детства в переносе является самой продуктивной фазой аналитической работы при условии, что существует хороший рабочий альянс. Я полагаю, что такое развитие является необходимой фазой каждого успешного анализа. Отсутствие негативного переноса или его проявления лишь во временных и спорадических реакциях является признаком неполного анализа. Наше расширившееся знание о раннем детстве показывает, что интенсивные и продолжительные реакции ненависти по отношению к аналитику должны возникнуть и быть проанализированы до того, как можно будет задумываться о завершении анализа.

Фрейд (Freud, 1937a) в своей работе «Анализ конечный и бесконечный» поднимает вопрос о том, должен ли аналитик возбуждать скрытые незаметные конфликты пациента. Он чувствовал, что аналитик не имеет права так вторгаться, не имеет права манипулировать переносом. Хотя я позитивно отношусь к общей установке Фрейда, я не согласен с его оценкой данного клинического вопроса. Мне кажется, что он не мог в то время в достаточной степени осознать важность негативного переноса. Анализ ненависти в переносе настолько же важен, как и анализ любви в переносе. Я согласен с тем, что в компетенцию аналитика не входит вторжение или манипулирование, но благодаря открытию Фрейдом важности агрессивных инстинктов большинство аналитиков пришло к заключению, что необходимо проанализировать этот аспект переноса, прежде чем прерывать анализ. Несмотря на мои оговорки в отношении работ Мелани Кляйн и ее последователей, я должен сказать к их чести, что именно они акцентировали этот момент. Бесконечные анализы так же, как и негативные терапевтические реакции, являются, по моему опыту, примерами неудачного анализа ненависти в переносе.

Негативный перенос важен и в других отношениях. Он часто используется в целях защиты — как сопротивление против позитивного переноса. Многие пациенты, особенно пациенты того же пола, что и аналитик, упорствуют в своих враждебных чувствах, потому что они используют их как защиту против своей любви, то есть своих гомосексуальных чувств. Многие мои пациенты-мужчины, бывало, возмущались и сердились на меня, потому что они чувствовали себя более комфортно, негодуя на меня, чем ощущая любовь ко мне. Неприязнь и отвращение в их реакциях ко мне являются защитами, реактивными формированиями против оральных интроективных импульсов.

Отсутствие явного негативного переноса следует расценивать как защиту и сопротивление. В должным образом протекающем анализе негативный перенос со временем должен играть заметную роль. Одним из осложняющих факторов является вероятность того, что контрперенос аналитика вовлекается в предотвращение развития или признания некоторой формы ненависти. Либо аналитик ведет себя таким образом, что пациенту очень трудно выразить свою враждебность, либо они оба, и аналитик, и пациент, как бы сговариваются смотреть на это сквозь пальцы. Иногда пациенты прикрывают свою враждебность юмором или поддразниванием, или сарказмом и так избегают того, чтобы ее заметили. Но более важным является расщепление переноса. Пациенты будут находить какой-то заменитель аналитика — другого аналитика или врача, или родительскую фигуру, по отношению к которым они будут выражать большую враждебность. Следует сознавать, что эта ненависть смещена с личности аналитика в защитных целях.

Использование дополнительных объектов переноса очень часто происходит при попытке иметь дело с негативным переносом, гораздо чаще, чем в случае позитивного. Несмотря на то, что аналитик осознает функцию защиты-сопротивления этого маневра, может оказаться невозможным направить чувства переноса непосредственно на личность аналитика. Некоторые пациенты будут упорно поддерживать это расщепление переноса, как будто отказ от этого механизма представляет собой большую опасность. Мой собственный клинический опыт, как мне кажется, показывает, что такое положение дел, вероятнее всего, имеет место, когда пациент в раннем детстве потерял одного из родителей. При неврозе переноса такие пациенты более склонны отщеплять свою ненависть и направлять ее на дополнительные объекты переноса для того, чтобы предохранить аналитика от своей ненависти. Хотя я обычно работаю очень энергично над преодолением этого сопротивления, временами я чувствую, что добился лишь частичного успеха. Одна из моих пациенток, женщина, отец которой бросил семью, когда ей было два года, сместила свою ненависть к мужчинам на несколько отцовских фигур вне анализа и лишь иногда чувствовала эту ненависть непосредственно ко мне. То же верно и в отношении ее ненависти к матери. У меня есть сходный опыт с другими пациентами, имеющими такого рода биографические данные.

Упорный позитивный перенос всегда показывает, что негативный перенос скрыт, а не отсутствует. Аналитик должен раскрыть его и попытаться сделать возможным для пациента почувствовать негативный перенос непосредственно по отношению к себе. Это означает, что в идеале в каждом анализе пациенту следует пережить различные разновидности ненависти со всех либидинозных уровней по отношению к аналитику. Более того, при глубоком анализе также должен быть пережит ранний примитивный гнев по отношению к матери.

Еще один аспект негативного переноса заслуживает внимания. Страх перед аналитиком, проявляется ли он в форме страха его критики или глубоко спрятанного недоверия, следует расценивать как производные агрессии и враждебности. Здесь вновь последователи Кляйн отмечают, что реакции тревоги являются, в сущности, производными агрессивных импульсов, и хотя я не вполне согласен с их фантастическими и сложными конструкциями, тем не менее мой собственный клинический опыт подтверждает, что они правы в важной формулировке: страх по отношению к аналитику в конечном счете является производным от проецируемой враждебности.

3.72. Реакции переноса с точки зрения объектных отношений

Другой практический метод классификации отдельных типов переноса может быть основан на рассмотрении их с точки зрения объектных отношений раннего детства, которым он обязан своим происхождением. Следовательно, мы можем говорить об отцовском переносе, о материнском переносе, сиблинговом переносе и т. д. Такие названия подразумевают, что реакции переноса преимущественно детерминированы бессознательными чувствами и импульсами по отношению к отцу, матери и другим фигурам переноса. В ходе анализа объект-репрезентации, определяющие реакцию переноса, будут подвергаться изменениям по мере прогресса аналитической работы. Например, пациент может начать анализ с преобладающим отцовским переносом, который может постепенно смениться на материнский перенос.

Природа объекта, лежащего в основе и дающего начало реакциям переноса, определена главным образом жизненным опытом пациента (Freud, 1912a, p. 100). Пациент будет осуществлять перенос в соответствии со своими вытесненными потребностями по отношению к ранним объектам. Однако, по мере того как вытесненное становится доступным для сознания, эти потребности изменяются, и природа реакций переноса тоже будет меняться. Например, по мере того как мы преуспеваем в анализе чувств к отцу, может

появиться материнский перенос. Однако личность аналитика также влияет на природу фигуры, окрашивающей перенос. Это особенно верно в отношении реакций переноса в начале анализа (Freud A., 1954a, p. 618). Большинство моих пациентов, как я обнаружил, реагируют на меня как на фигуру отца в своих ранних реакциях переноса и в первой фазе невроза переноса. Позже мой пол и личность становятся менее определяющими. Однако личные качества аналитика действительно играют важную роль для пациентов, которые испытывают затруднения в том, чтобы позволить себе полностью регрессировать в ситуации переноса. Они, как правило, находят дополнительные объекты переноса вне анализа для того, чтобы вновь разыграть некоторые переживания вытесненного далекого прошлого. В конечном счете при успешном анализе аналитик должен стать обеими родительскими фигурами, и отцом, и матерью.

Можно дополнить определение «отцовского» или «материнского» переноса, указав, является ли он главным образом позитивным или негативным. Важно помнить, что различные реакции переноса сосуществуют бок о бок, некоторые более сознательно, другие — менее, они могут быть более или менее интенсивными. Вопрос состоит в том, какой перенос преобладает, какой является насущным, какой требует разрядки, а также в знании того, что противоположное также должно в какой-то степени присутствовать, хотя оно может быть скрыто в данный момент.

> Например, пациент выражает признательность за возможность прийти на сессию, потому что его уикенд был ужасен. За выражением признательности я могу слышать нотку обиды. Пациент продолжает говорить с некоторыми элементами враждебности и страха по отношению к своему начальству по работе. Они (начальники) кажутся такими внушительными, а он чувствует себя таким незначительным. Молчание. Затем он описывает свое разочарование младшим сыном, который кажется таким робким и заторможенным при играх с другими детьми. Он хотел бы знать, не будет ли ребенку лучше в другой школе. Молчание. Он восхищается той работой, которую мы проделали над его сновидением на прошлой сессии, это было интересно, хотя, кажется, это никак не помогло ему. Он слышал, что некоторые люди считают анализ формой пытки, но он, несомненно, не сказал бы этого про себя. Ему посчастливилось иметь чудесного аналитика, он ждет не дождется следующей аналитической сессии... Пауза... «Большую часть времени... это так».

Я думаю, просмотрев аналитический материал этого фрагмента сессии, можно уловить борьбу пациента с негативным отцовским переносом. На поверхности видны его позитивные чувства: признательность за то, что он может

прийти, восхищение интерпретацией сновидения на прошлой сессии, чувство облегчения от того, что анализ вовсе не пытка, признание того, какой он счастливчик, и т. д. Но здесь также есть несомненные признаки негативного отцовского переноса и страха перед ним: ужасный уикенд и подразумевающийся в этом укор, его страх и трепет перед своим начальством, его молчание, его разочарование в своем сыне, возможность смены сыном школы, отсутствие у пациента улучшения, его уклончивая манера разговора. Несмотря на присутствие определенных признаков позитивного отцовского переноса, нам следовало бы сказать, что этот аналитический фрагмент показывает появление у пациента негативного отцовского переноса и особенно страха перед ним.

Согласно моему клиническому опыту, пациенты-мужчины имеют особенно сильные сопротивления при переживании по отношению ко мне своей ранней орально-садистской ненависти к матери. С другой стороны, мои пациентки, казалось, имели необычные трудности при разрешении своих сопротивлений, связанных с восприятием меня как любимой, дающей грудь материнской фигуры. В своей работе «Анализ конечный и бесконечный» Фрейд утверждал, что наиболее трудным аспектом для анализирования у мужчин является их страх пассивного гомосексуального отношения к мужчинам, а у женщин — их зависть к пенису. Мой собственный клинический опыт привел меня к другому заключению. Наиболее трудно анализируемой у мужчин является примитивная ненависть к матери, а у женщин — примитивная любовь к матери.

Здесь мне следует упомянуть тот факт, что рабочий альянс состоит из смеси бессознательных материнских и отцовских компонентов. Аналитик как лечащая фигура является, с одной стороны, няней, которая обслуживает примитивные и интимные потребности относительно беспомощного пациента, а с другой стороны — отцом, который не боится встать лицом к лицу с опасностями, которые ужасают пациента и других людей из его окружения (Stone, 1961, p. 118–120).

3.73. Реакции переноса с точки зрения либидинозных фаз

Иногда полезно описывать реакции переноса в связи с конкретной либидинозной фазой, от которой они произошли (Freud A. , 1936, p. 18–19). Это означает, что мы можем распределить реакции пациента на своего аналитика по категориям с точки зрения его инстинктивных целей, инстинктивных зон, а также тревог, установок и ценностей, связанных с этими компонентами инстинкта.

Например, когда пациент реагирует на каждую фразу аналитика так, будто это его пища, а на молчание — как на то, что его бросили, он жадно впитывает каждое слово, ненасытен, боится отделения, то очевидно, что это — реагирование на оральном, интроективном уровне. Будет ли ощущаться этот оральный материнский перенос как главным образом позитивный или как негативный, определяется чувствами любви или ненависти пациента, доверия или недоверия.

> Одна из моих пациенток, бывало, слушала меня с закрытыми глазами и восторженным выражением лица. Было ясно, что она слушает не мои слова, а звук моего голоса. Когда я стал исследовать этот момент, она в конце концов рассказала, что звук моего голоса напоминает ей запах кофе, который готовили по утрам на кухне, пока она, маленькая девочка, дремала в постели.

Аналогично на анализ могут реагировать как на туалетную ситуацию, тогда пациент будет чувствовать себя обязанным либо продуцировать, либо убираться прочь; его ассоциации будут являться драгоценным материалом для того, чтобы им делиться или его запасать, или зловонным «продуктом», расплесканным в гневе или спрятанным для сохранения. В этой фазе пациент может реагировать на интерпретации аналитика как на клизму, болезненное внедрение или как на доставляющее удовольствие «втыкание». Ясно, что пациент переносит на аналитика и аналитическую ситуацию переживания анальной фазы. Можно ожидать проявления, в дополнение к упомянутым выше элементам, тревоги по поводу контроля и автономии, по поводу стыда, чувства злобы, упрямства, покорности, аккуратности, чистоплотности, скупости и т. д. Изоляция, вероятно, будет преобладающим механизмом защиты в это время.

Фаллическая фаза, когда она повторно проживается по отношению к аналитику и аналитической ситуации, ведет к наиболее драматичным переживаниям переноса. Следует иметь в виду, что от этого могут очень сильно защищаться различными способами. Когда же защита будет преодолена, тогда инцестуозная любовь и кастрационная тревога, ревнивое соперничество и желание смерти, страстное желание ребенка или пениса, возвращение эдиповых мастурбационных фантазий и связанных с ними чувств вины приведут к очень ярким реакциям переноса.

Этот метод категоризации реакций переноса может быть применен для всех уровней либидинозного развития. Для полноты картины читателям следует обратиться к основным работам по этому вопросу (Freud, 1905d, Abraham, 1924, Fenichel, 1945a, Erikson, 1950, A. Freud, 1965)

3.74. Реакции переноса с точки зрения структуры

Иногда лучшим способом описать определенные реакции пациента на аналитика — описать их со структурной точки зрения; аналитик может стать образом Супер-Эго, Ид или Эго для пациента. В разделе 3.411 уже ставился вопрос, являются ли такие реакции действительно реакциями переноса, согласно нашему определению. Поскольку это возможно, клинически полезно рассматривать их именно так. В начале анализа часто наблюдается ситуация, когда аналитик представляет собой фигуру Супер-Эго для пациента. Эта ситуация может быть мимолетной или затяжной, носить мягкий или интенсивный характер. Когда аналитик отождествляется с функциями Супер-Эго, он воспринимается, в первую очередь, как критичный, враждебный, отвергающий и негативный. Это находится в согласии с нашими теоретическими воззрениями о катектировании Супер-Эго энергиями агрессивных влечений (Hartmann, Kris and Loewenstein, 1946, p. 30—35). Школа Кляйн считает, что интроекция и проекция аналитика в Супер-Эго пациента являются основными явлениями в любом анализе. Центром Супер-Эго, по их мнению, является материнская грудь, как хорошая, так и плохая (Klein, 1952, p. 434).

Однако клинический материал позволяет использовать различные интерпретации в зависимости от истории пациента и от того уровня развития, который вновь переживается в данной аналитической ситуации. Когда аналитик становится образом Супер-Эго, он всегда наполняется враждебными импульсами, установками и фантазиями. В дополнение к тем критичным фигурам, которые существовали в прошлом пациента, добавляется проецируемая собственная враждебность пациента к этой фигуре. Более того, враждебность пациента к аналитику может также проецироваться на этот образ Супер-Эго. Но все это меняется в ходе анализа, и следует быть внимательным, чтобы избежать стереотипных интерпретаций.

> Позвольте мне привести клинический пример. Мужчина средних лет обратился ко мне по поводу ригидных обсессивно-компульсивных черт характера и нижележащей невротической депрессии. В ранней стадии анализа у него постоянно было чувство, что я неодобрительно отношусь к тому, как он работает. Он обычно ассоциировал это со своим требовательным отцом времен своего детства. Постепенно стало ясно, что его отец вовсе не был таким неодобрительным, каким, по мнению пациента, являюсь я. Тогда я интерпретировал это как то, что его собственная враждебность к отцу была перенесена на меня. Я был наделен враждебностью из двух источников: из воспоминания пациента о его неодобряющем отце, что смещалось на меня, и от гнева пациента на самого себя, который он проецировал на меня. Еще позже мы определили третий источник враждебности.

Он чувствовал презрение ко мне: я был не истинным ученым, а материалистом и сенсуалистом. Моя манера речи, манера одеваться, то, что он слышал обо мне, привели его к убеждению, что я этакий «пройдоха», живущий в роскоши, «Том Джонс» психоанализа. Анализ этих чувств показал, что прежде всего за этим презрением скрывается зависть. Он завидовал мне и проецировал презрение на меня. Он полагал, что я презираю мораль его среднего класса. По мере того как он начал меняться, изменилось и это отношение. Пациент позволил себе пережить фрустрации в сексуальной жизни и вступил в любовную связь, что явилось отыгрыванием. Сначала он чувствовал, что я не одобряю его поведения, но это его не волновало. Он устал быть ханжой. Он хотел получить свою законную долю удовольствий, а если это мне не нравится, то тогда: «черт с вами, доктор». «Я устал от своего перфекционизма; в самом деле, я ненавижу его так, как, бывало, ненавидел вас, тех мужчин, которые прожигают жизнь! Как волокита я более приятен, чем как педант. Даже более приятен для моих жены и детей. Теперь, я боюсь, вы попытаетесь отобрать это у меня, но я одержу победу над Вами в этом. И, предупреждаю Вас, я в ужасном гневе, нет такого чертова психоаналитика, который помешал бы мне получать удовольствия».

Я полагаю, этот клинический пример иллюстрирует множество сдвигов и изменений, которые могут произойти у пациента, с точки зрения того, какого типа фигуру Супер-Эго репрезентирует аналитик и что смещается и проецируется на него. Сначала я являюсь смещением его антиинстинктуализированного отца. Затем я являюсь проекцией враждебности пациента к себе самому. Затем я становлюсь презираемым инстинктуализированным отцом, «Томом Джонсом» психоанализа, которому он в действительности завидует. В этот момент у пациента происходит изменение, и его Супер-Эго позволяет ему самому стать более инстинктуализированным. Его новое Супер-Эго ненавидит его старое «Я»[1], но его старый антиинстинктуализированный компонент перемещается обратно на меня, он боится, что я буду мешать ему. Однако теперь он может чувствовать, что победит меня в данном вопросе.

Я считаю, что этот клинический пример показывает необходимость быть внимательным ко всем возможным изменениям, которые могут произойти во время аналитического процесса с точки зрения отношений между Я пациента, его Супер-Эго и аналитиком. Стереотипные интерпретации или ригидная, ограниченная точка зрения на эти вопросы будут ограничивать понимание аналитиком запутанных ситуаций.

---

[1] Self (*англ.*) — Я (*Примечание переводчиков*).

Иногда в течение анализа можно наблюдать, как пациент вновь проецирует свое Супер-Эго на аналитика и ведет себя так, будто оно у него отсутствует. Это может наблюдаться, когда пациенты чувствуют себя пристально наблюдаемыми и выматываются во время рабочей недели, а затем дают себе волю в различной инстинктивной деятельности во время уикенда или других отлучек аналитика. Они регрессируют на тот уровень, где они чувствуют страх по отношению к внешней фигуре вместо внутреннего чувства вины.

Другой аспект данной ситуации наблюдается, когда пациент регрессирует к раннему периоду, когда Супер-Эго еще не было сформировано и когда большинство функций Супер-Эго выполнялись могущественными родительскими фигурами. Когда это происходит, фигура Супер-Эго в переносе является всемогущей, всеведущей, очень агрессивной и деструктивной. Пациент смещает и проецирует на аналитика враждебность, гнев и страх, которые он переживал по отношению к ранним родительским фигурам до того, как они были четко отделены от его Я (Jacobson, 1964).

Аналитик может также восприниматься скорее как фигура Ид, а не Супер-Эго. Это происходит, когда пациент смещает и проецирует на аналитика свои собственные устремления Ид. В такие моменты пациент может чувствовать, что аналитик хочет, чтобы он мастурбировал, был агрессивным, неразборчивым в связях, выполнял извращенные сексуальные акты и т. д. Аналитик воспринимается как совратитель, провокатор и искуситель. Это может вести пациента к отыгрыванию, как если бы они просто выполняли волю аналитика. Или же это может вести к псевдосексуальному и псевдоагрессивному поведению, которое в действительности является скрытой попыткой подчиниться и доставить удовольствие аналитику. Этот паттерн может усложнить картину, поскольку поведение может быть псевдоинстинктивным и сознательным и тем не менее скрывать истинные инстинктивные импульсы.

> Например, относительно скованный пациент провел бурное любовное свидание с незнакомой женщиной, совершающей различные сексуальные действия, которых он обычно избегает. Вначале он утверждал, что был пьян, поэтому и оказался в такой ситуации. Несколько позже он осознал, что делал это, стремясь доставить мне удовольствие, в действительности у него была мысль, что если он проделает все это, доктор прекратит исследование. Только много позже он осознал, что способность осуществить все эти действия показывала наличие некоего латентного желания в нем самом.

Пациент может использовать аналитика как расширение своего Эго для тестирования реальности по формуле: что мой аналитик сделал бы теперь? Как бы он реагировал в этой ситуации? Процесс такого использования аналитика в качестве дополнительного Эго чрезвычайно важен для тех

пациентов, которые испытывают затруднения при тестировании реальности, в особенности в пограничных случаях. Это помогает всем пациентам в кризисных ситуациях. Здесь мы сталкиваемся также и с предвестником идентификации с аналитиком — формой имитации. Это ценный переходный период к развитию рабочего альянса, во время которого пациент знакомится с аналитическим подходом к проблемам. Но это также может быть неправильно использовано в патологических целях, и если это не будет выявлено, пациент становится «копией» своего аналитика. Данная проблема будет обсуждаться более детально в следующем разделе.

3.75. Идентификация как реакция переноса

Идентификации играют важную и сложную роль в формировании объектных представлений. Ранние идентификации предшествуют объектным отношениям, и существуют идентификации, которые замещают связи с объектами (Jacobson, 1964). По-видимому, существуют различные виды идентификаций: одни являются частичными, другие — общими; одни временные, другие постоянные; одни приемлемы для сознания, другие неприемлемы; одни Эго-синтонные, другие Эго-дистонные. Поскольку все аспекты объектных отношений повторяются при переносе, то и все виды идентификации также будут иметь место. Данное обсуждение будет ограничено наиболее важными клиническими формами идентификаций переноса. В поисках более полного обзора классической литературы читателю следует обратиться к ряду работ по этому вопросу (Freud, 1921; Fenichel, 1945a; Hartmann, Kris and Loewenstein, 1946; Jacobson, 1964; Hendrick, 1951).

Одна из форм идентификации, абсолютно необходимая для того, чтобы анализ в целом был эффективен, была описана, когда мы говорили о формировании рабочего альянса. Повторю: когда аналитик делает интерпретацию или другую конфронтацию, то он просит пациента временно отказаться от своего переживающего, свободноассоциирующего Эго и понаблюдать вместе со своим терапевтом за тем, что пациент в данный момент переживает. Другими словами, пациента просят временно и частично идентифицироваться с аналитиком (Sterba, 1929). Сначала он поступает так только тогда, когда аналитик просит его об этом, при этом он должен сознательно инициировать этот процесс. Позже это действие становится автоматическим и предсознательным. Наиболее отчетливо это можно видеть при работе с сопротивлениями. Вначале необходимо, чтобы аналитик отметил сопротивление и спросил, чему и почему пациент сопротивляется. В дальнейшем пациент сам осознает, что он сопротивляется, и спрашивает себя,

чего и почему он избегает. Это и есть показатель частичной и временной идентификации с аналитиком, которая способствует рабочему альянсу. Когда этот шаг сделан, мы говорим, что «пациент находится в анализе». Этот вид идентификации сохраняется даже после анализа. Люди, которые проходили анализ, при эмоциональных проблемах будут проводить самоанализ для их решения.

В ходе анализа пациенты будут идентифицироваться с аналитиком, что является способом совладать с ним, как с продуцирующей тревогу фигурой. Я наблюдал, как такие пациенты подвержены внезапным и значительным изменениям в поведении дома и на работе.

> Легко поддающийся переменам настроения, импульсивный пациент внезапно перенял благодушную, разумную, вдумчивую манеру поведения. Его семья и друзья заметили эту поразительную метаморфозу. Это было также заметно и в его способе работы во время аналитической сессии. Казалось, его порывистость и внезапные смены настроения исчезли. Однако его ассоциации казались неестественными и непродуктивными. Так, когда он описывал вспышку гнева одного из своих детей, я был поражен отстраненной и неэмоциональной реакцией пациента на нее. Он просто спросил ребенка, что привело его в такой гнев. Это было совершенно нехарактерно для пациента. В конце концов я осознал, что происходит, когда он начал пользоваться определенными словами и фразами, которые были хорошо мне знакомы. Он перенял у меня лексику, которую привык использовать я и которая была чужда ему. Он идентифицировался со мной на основе идентификации с агрессором, этот механизм описала Анна Фрейд (Freud A., 1936) как способ попытки совладать с пугающим объектом.
>
> Пациент пытался интерпретировать свой собственный материал для того, чтобы завладеть им раньше меня. Это было сопротивление, метод защиты. Он использовал подобные идентификации и раньше, пытаясь преодолевать тревогу, вызванную авторитетными фигурами. Этот тип идентификации с аналитиком часто наблюдается в анализе, пациент берет на себя роль аналитика своей семьи и друзей и даже самого аналитика.

Но пациенты будут идентифицироваться с аналитиком и по другим причинам, например, из-за стремления к близости с ним. Это сходно с тем видом трансферентного голода, который был описан Ференци (Ferenczi, 1909). Под влиянием позитивного переноса пациенты перенимают манеры, характерные черты и привычки аналитика, что является проявлением их любви и даже (что более важно) примитивным способом установления связи с объектом. Следует иметь в виду, что идентификация является наиболее ранней разновидностью объектных отношений и играет решающую роль в построении образа

Я и структуры Эго. Не всегда возможно разграничить различные функции идентификации (Fenichel, 1945, p. 36—39). Я наблюдал, как пациенты-мужчины, которые обычно изящно и аккуратно одевались, становились небрежными и беспорядочными в этом отношении, как я. Иногда пациенты меняют свой сорт сигарет на мой или начинают курить сигары, как я. Или пациент внезапно начинает заниматься музыкой, и мне удается проследить истоки этого в том, что он слышал какую-то психоаналитическую сплетню о камерной музыке, исполняемой в моем доме. Эти идентификации исходят в основном из орально-интроективного объектного голода, желания стать похожим на идеализированного аналитика, быть любимым им или стать с ним единым целым на самом глубоком уровне. Может существовать и другой мотив для этого вида идентификации. Пациенты будут слишком энергично и быстро идентифицироваться с аналитиком для того, чтобы сформировать новую идентичность и тем самым скрыть свою реальную идентичность. Это может наблюдаться у пациентов с так называемой «покрывающей идентичностью», что является одной из форм характера «как будто» (Greenson, 1958a).

Существуют пациенты, у которых создается обратная картина поведения. Они, по-видимому, способны развить лишь очень небольшую идентификацию со своим аналитиком. Они могут формировать частичную и временную идентификацию рабочего альянса, но не более того. У меня в анализе были пациенты, которые годами упорно работали над этим, но не развили никакой идентификации со мной, даже в тех областях, где это принесло бы заметную помощь. Пациенты, которые испытывают тревогу при вербализации, не перенимают моих вербальных способностей. Застенчивые пациенты не идентифицируются с моей открытостью. Они будут идентифицироваться со мной другим, более тривиальным способом, они могут, например, купить такую же ручку, как моя, или начать носить рубашки с расстегнутой пуговицей, но не будут идентифицироваться со мной по каким-то другим, более важным характеристикам. Эти пациенты страдают от страха идентифицикации и вовлечены в постоянную борьбу против нее. Для них идентифицироваться означает быть сокрушенным, подчиненным, поглощенным, утратившим свою собственную идентичность. Эти пациенты борются против своей идентификации с аналитиком так же, как они боролись в подростковом возрасте против идентификации со своими родителями (Greenson, 1954).

Иногда наблюдается причудливая, временная и внезапная идентификация у сильно нарушенных пограничных и психотических пациентов. Для них идентификация является отчаянным способом поддержания или установления хоть какой-нибудь формы связи с реальностью и объектами.

Несколько лет назад я интервьюировал замужнюю женщину, у которой было двое маленьких детей, на предмет возможности ее анализа.

Ее поведение и ее история, казалось, не имели ничего патологического, что было бы противопоказанием для использования психоанализа. Я предложил ей сигарету во время первого интервью, и она отказалась, сказав, что не курит. На следующей сессии я с удивлением увидел, как она достает пачку сигарет того же сорта, что и мои, и курит их одну за другой. Это было первым признаком того, что я имею дело с зарождением психотического эпизода, который только начинает проявлять себя.

3.8. Сопротивления переноса

Сопротивления переноса можно вполне можно было бы обсуждать как одну из категорий клинических реакций переноса. Однако эта группа явлений переноса имеет особую клиническую важность и заслуживает особого внимания и тщательного разъяснения. Как я говорил ранее, сопротивления переноса являются самыми важными и частыми причинами затруднений в аналитической работе (Freud, 1912a). На анализ сопротивлений переноса тратится больше времени, чем на любой другой аспект аналитической работы. Недостаточно проанализированное сопротивление переноса является наиболее важной причиной прерывания или тупикового состояния анализа. С другой стороны, эффективный анализ сопротивлений ведет к наиболее продуктивной аналитической работе.

Термин «сопротивление переноса» является сгущением, которое относится ко множеству различных клинических констелляций. В каждом случае именно перенос вызывает сопротивление, но различными способами. Например, пациент может испытывать чувства переноса в отношении аналитика, которые он, однако, стремится удовлетворить, а не анализировать. Или пациент может противостоять аналитической процедуре потому, что он боится развития определенных реакций переноса. Или же пациент может принимать определенные чувства переноса и прилипать к ним, потому что его ужасают другие формы реакций переноса, и для того чтобы защитить себя, он противится свободным ассоциациям.

И с клинической, и с технической точки зрения стоит распознавать различные типы сопротивлений переноса, потому что они сильно различаются по своей динамике и структуре, а также по трудности осуществления связанной с ними технической задачи. Форма и структура сопротивления переноса

меняется у пациента в ходе психоанализа, и каждый пациент уникален в отношении последовательности проявления различных типов сопротивлений. Имеются значительные вариации в том, какие формы сопротивления переноса преобладают у данного пациента. Следует и в дальнейшем иметь в виду, что различные сопротивления переноса могут действовать одновременно, и одна из технических проблем состоит в том, чтобы выяснить, какие сопротивления переноса мы выберем для нашей терапевтической работы в данное время. Я отобрал для специального рассмотрения те типы сопротивления переноса, которые встречаются наиболее часто и которые могут быть выделены наиболее отчетливо.

3.81. Поиск удовлетворения переноса

Самые простые и наиболее часто встречающиеся источники сопротивления переноса имеют место, когда пациент развивает сильные эмоциональные и инстинктивные побуждения, направленные на аналитика, и стремится к их удовлетворению больше, чем к выполнению аналитической работы. Это может происходить от либидинозных и агрессивных инстинктивных влечений или от эмоций любви и ненависти. Кроме того, могут затрагиваться любые фазы развития инстинктов и эмоций. Например, пациент может иметь сексуальные желания по отношению к аналитику на фаллически-эдипальном уровне и испытывать инцестуозные чувства и кастрационную тревогу. Он может иметь пассивно-анальные импульсы по отношению к аналитику или оральные желания быть накормленным и ощущать заботу о себе и т. д. Любой из этих либидинозных элементов может побуждать пациента получить удовлетворение в какой-то форме и отказаться от аналитической работы.

В качестве иллюстрации позвольте мне привести случай пациентки, которая в различное время своего анализа испытывала сильное воздействие со стороны каждого либидинозного компонента, которые я только что упомянул. В начале своего анализа (она была депрессивной пациенткой с проблемой переедания), она часто печально молчала, потому что ей хотелось, чтобы я говорил с ней. В это время мой разговор с ней означал для нее мою готовность покормить ее. Если я разговаривал с ней, это означало, что я действительно беспокоюсь, забочусь о ней, кормлю и не покидаю ее. Тогда, если эти желания были удовлетворены, она бывала способна работать и продуцировать, в противном случае она чувствовала пустоту и заброшенность, была неспособна общаться. Позже в ходе анализа она почувствовала

сильные сексуальные импульсы по отношению ко мне, явно инцестуозной природы. Она приходила на сессию в фривольном настроении, явно для того, чтобы спровоцировать меня на какой-то вид сексуальной игры, даже если она будет только вербальной. На некоторый период она отказалась работать с этим материалом, она требовала, чтобы я сначала проявил некоторое ответное чувство. Еще позже в анализе она прошла через фазу, в которой отказывалась продуцировать аналитический материал, если я не побуждал ее к этому. Она настаивала на том, чтобы я вставил хотя бы маленький комментарий в ее молчание, и тогда она была бы способна выговорить все свои накопленные сообщения. Все эти различные побуждения стали источником сопротивления до тех пор, пока она не смогла отказаться от своего желания удовлетворения. Только тогда она была готова установить рабочий альянс и попытаться работать аналитически над своими инстинктивными импульсами по отношению ко мне.

Чрезвычайно часто источником сопротивления является желание или потребность пациента быть любимым, что близко к приведенным выше примерам. Все пациенты в большей или меньшей степени и различным образом проходят через период, когда их желание быть любимыми их аналитиком заменяет и блокирует их желание присоединиться к аналитическим процедурам. Страх потери любви или уважения терапевта является всегда присутствующим и нижележащим источником сопротивления. Он может действовать самостоятельно, также он может быть обнаружен на поверхности или в основе других форм сопротивления переноса. В переносе может повториться семейный роман[1] (Freud, 1905d; Frosch, 1959).

Позвольте мне проиллюстрировать эту проблему примером из анализа миссис К.[2], в котором настораживала чудовищная потребность пациентки быть любимой. В прошлом она воспитывалась безответственной матерью, а отец оставил семью, когда ей было два года. Ее первое сновидение показало эту потребность. Мы встретились с миссис К. для проведения предварительных интервью и договорились, что начнем анализ примерно через два месяца, когда у меня будет открытие сезона. Она пришла на первую аналитическую сессию, и мы кратко поговорили о событиях, случившихся в этом промежутке времени, и об использовании кушетки. Ей не терпелось начать.

---

1 «Семейный роман» — термин З. Фрейда, обозначает фантазии, в которых субъект придумывает себе другую семью и сочиняет по этому поводу своего рода роман (*Примечание научного редактора*).

2 См. также разделы 1.24, 2.651, 2.71, 3.25, 3.42.

Как только она легла, она рассказала следующее сновидение: «Я прихожу на свою первую аналитическую сессию, но вы выглядите иначе, вы похожи на доктора М. Вы ведете меня в маленькую комнату и велите раздеться. Я удивляюсь и спрашиваю, полагается ли вам, классическому фрейдисту, это делать. Вы уверяете меня, что все в порядке. Я раздеваюсь, и вы целуете меня всю. Затем, в конце концов, вы «опускаетесь» на меня. Мне это приятно, но я не уверена, что это хорошо».

Пациентка призналась, что испытывает смущение из-за своего сна, и начала объяснять, что доктор М. — это тот доктор, который направил ее ко мне, она увлекалась им одно время. Он казался ей очень компетентным, но потом она заметила, что у него есть недостатки. Он, казалось, наслаждался, когда она флиртовала с ним, и это утвердило ее в мысли о том, что в его домашней жизни не все в порядке. Она знает, что я женат, и это успокаивает ее. Она так возбуждена из-за того, что лежит на кушетке во время психоанализа. Она очень боялась, что я не приму ее в качестве пациентки, она слышала, что у меня немного частных пациентов. Может быть, я отвергну ее, когда увижу, что она — «ничто». Она чувствовала, что на последней сессии я стал более резким, не таким теплым, как во время первых встреч. Но она была полна решимости пройти анализ со мной. Она бы ждала столько, сколько было бы нужно. Она устала принимать забракованное и отвергнутое другими. «Я хочу самого лучшего. (Пауза.) Я хочу самого лучшего, но могу ли я настаивать на этом? Что заставляет меня думать, что я заслуживаю этого? (Пауза.) Все стоящее, что я когда-либо получала, я получала из-за своей привлекательности. Может быть, именно поэтому вы и сделали меня своей пациенткой. Но почему я должна видеть во сне, что вы «опускаетесь» на меня. Я даже не знаю, как это изящно сказать. Может быть, вы научите меня, как нужно правильно говорить по-английски. Или вы уже сыты по горло моей глупой болтовней? (Пауза.) У меня есть сексуальные затруднения. Я получаю удовольствие от мыслей о сексе, но я не могу испытывать оргазм во время полового акта; единственный способ, когда я могу испытать его — это когда мой муж пользуется для этого ртом. Я полагаю, это что-то значит — что-то плохое».

Это сновидение поставило несколько трудных проблем, потому что в нем была как явная сексуальная активность, так и сопротивления, а это была первая аналитическая сессия пациентки. Явное содержание сновидения, казалось, говорило, что я напоминаю ей кого-то, кем она была увлечена, и что я, а не она хочу заниматься сексуальными играми с ней посредством моего рта. Далее, она беспокоилась о том, чтобы делать правильные вещи, а я в этой ситуации в первую очередь был заинтересован в том, чтобы доставить ей сексуальное удовольствие. Можно видеть, как мы поменялись ролями. Ее ассоциации вернулись назад, к тому вопросу, приму ли я ее, оставлю ли ее своей пациенткой.

Они также указали на ее чувства своей малоценности, пустоты, необразованности, тогда как я выгляжу как «самый лучший». Было также и утверждение о том, что она может испытать оргазм только при куннилингусе.

Особой технической проблемой было: как обращаться с явно сексуальным элементом в сновидении на этой первой, полной страхов аналитической сессии? Я решил, что отмечу ее потребность быть любимой, ее страх быть отвергнутой мною и как-то свяжу это с сексуальным элементом. Игнорировать сексуальный элемент означало бы продемонстрировать ей, что он показался «плохим», разговор же о нем, возможно, затемнил бы элементы сопротивления и погрузил бы нас слишком глубоко для этой ранней стадии анализа. Однако поскольку пациентка была способна увидеть во сне и запомнить это, я решил, что должен прокомментировать эту сексуальную активность. Я сказал ей приблизительно следующее: «Вы, должно быть, очень переживали после последней сессии, когда я показался вам слишком резким, и вы бы хотели знать, действительно ли я принял вас как пациентку. Тогда вам и приснилось, что я использую свой рот в сексуальных целях в отношении вас как доказательство того, что я действительно приму вас». Я сделал реконструкцию вверх так, как это описывала Берта Борнштейн (Bornstein, 1949) и Лёвенштайн (Loewenstein, 1951, p. 10).

Пациентка внимательно выслушала меня и ответила: «Забавно, что вы осознали то, что я всегда чувствовала: если мужчина любит, он должен быть способен использовать свой рот в сексуальных целях. Множество мужчин — великие мастера по части разговоров о любви, но они отступают, когда дело доходит до «этого». Я всегда испытывала смущение, когда они делали это в первый раз, потому что не знала, как они перенесут это. Но я считаю, что это действительно доказывает, что этот человек любит тебя, по крайней мере сексуально».

Потребность быть любимой и ужас стать отвергнутой были главными факторами в сопротивлении переноса миссис К. Она приравнивала «быть отвергнутой» и «быть брошенной». Заброшенность вызывала сильную ярость, которую она обращала внутрь, и в результате она чувствовала себя как «ничто». Частично это делалось для того, чтобы защитить, сохранить идеализированного аналитика, потому что ее ужасало то, что ее враждебность может уничтожить его, и тогда она действительно останется в одиночестве, то есть превратится в ничто.

Я могу дать иллюстрации и агрессивной стороне этого явления. Существуют пациенты, которые переполнены враждебностью и разрушительными импульсами, которые бессознательно склонны уничтожить своего аналитика и свой анализ вместо того, чтобы анализировать эти свои импульсы.

> Мой пациент, депрессивный невротик с язвенным колитом, поссорился со своей женой, которую он обвинил в том, что она не заботится о приготовлении для него диетической пищи. Он буквально примчался из дома на аналитическую сессию. Мне было ясно, что он сместил свою враждебность с матери на жену. Я указал ему на это, когда пациент показался мне относительно разумным. Он услышал в этой интерпретации только то, что я на стороне его жены. Хотя он строго соблюдал диету годами, в тот вечер он один пошел в ресторан и съел все запрещенные блюда, которые только смог проглотить. Он запил их большим количеством бренди и черного кофе. Ночью у него были приступы острой боли, сопровождавшиеся жестокой рвотой и диареей. Бешенство, которое вызывали в нем жена, мать и я, он обратил на себя, это было способом отомстить, следуя формуле: «Я убью себя, и тогда вы все будете жалеть об этом». Помимо всех других значений, это поведение было попыткой уничтожить анализ и причинить боль аналитику.

Пациенты, которые страдают от так называемого «эротизированного переноса», весьма склонны к разрушительному отыгрыванию (Rappaport, 1956). Это также наблюдается у пациентов с импульсивным характером, при перверсиях и пограничных случаях и т. д. Все эти пациенты имеют сопротивления переноса, которые происходят от нижележащих импульсов ненависти. Они стремятся лишь к разрядке этих чувств и противостоят аналитической работе. Техническая задача заключается в том, чтобы найти момент, когда можно мобилизовать разумное Эго. Обычно, по мере того как интенсивность чувства уменьшается, инстинктивные требования становятся менее настоятельными, а разумное Эго — более доступным.

Менее интенсивные, неявные и хронические требования удовлетворения труднее распознать и продемонстрировать пациенту. Если же они становятся доступными для осознания пациента, они становятся доступными и для аналитической работы.

3.82. Реакции переноса защит

Другая типичная форма сопротивления переноса наблюдается, когда пациент повторяет и повторно проживает по отношению к аналитику свои защиты против инстинктивного и эмоционального вовлечения (Freud A. , 1936, p. 19–25). Это может стать основным качеством и функцией реакции переноса. Эта форма переноса может быть определена как реакции переноса

защит. Такие реакции всегда являются сопротивлениями переноса и служат целям отвращения других аспектов и форм явления переноса. Несколько типичных клинических разновидностей встречаются с большой частотой и заслуживают выделения для более детального обсуждения (см. Fenichel, 1941, p. 68–69).

Одной из наиболее часто наблюдающихся форм реакций переноса защит является продолжительное разумное и рациональное поведение по отношению к аналитику. Длительное отсутствие иррациональных реакций при поверхностном взгляде кажется отсутствием переноса, но в действительности это реакции переноса, точнее, реакция переноса защиты. Продолжительное разумное и рациональное поведение является защитной стороной группы реакций, под которыми скрыты инстинктивные, эмоциональные и иррациональные реакции. Этот вид реакций переноса защит часто наблюдается в начале анализа у тех пациентов, которые хотят быть «хорошими» пациентами (Gitelson, 1948, Gitelson, 1954).

Позвольте мне проиллюстрировать эту ситуацию кратким описанием моего пациента, мужчины, которому далеко за тридцать, обратившегося ко мне в связи с сексуальной импотенцией, наблюдающейся у него в течение восьми лет. Импотенция ограничивалась отношениями с его женой, он был потентен с другими женщинами, но чувствовал себя виноватым как за неверность, так и за импотенцию. Однако он был неспособен отказаться от своих внебрачных связей, несмотря на то, что любил свою жену.

Он был чрезвычайно компетентен и добился большого успеха в своей профессиональной карьере, в области конкуренции не на жизнь, а на смерть, где требовалась высокая степень агрессивности и даже воинственности.

В анализе он сотрудничал со мной и был очень добросовестным. Он упорно старался свободно ассоциировать, приносил свои сновидения, старался следовать моим интерпретациям, говорил, умеренно выражая чувства, не был холоден или чересчур интеллектуален. Временами он замолкал и хотел, чтобы я сказал что-нибудь, но он знал, что аналитикам полагается молчать. Он часто чувствовал, что продвигается медленно, но обвинял в этом самого себя, поскольку был доволен тем, что я компетентный аналитик. Когда у него был материал, который его смущал, он упрекал себя за такую детскость, поскольку знал, что я не буду критиковать его; аналитики приучены к такому материалу. Когда я делал интерпретации, с которыми он не мог согласиться или за которыми не мог следовать, он полагал, что я, должно быть, прав, а он несколько глуп или медленно соображает.

Тогда я начал отмечать продолжительную разумность его реакций на меня и думать о том, имел ли он когда-нибудь другие чувства или

фантазии обо мне. Он не осознавал ничего, кроме чувства, что я компетентный аналитик, который делает все возможное для него. Я отметил, что в некоторых его сновидениях были такие ситуации, когда я представал мертвым или изуродованным, и такие картинки должны были исходить от него самого. Он согласился, что это кажется правдоподобным, но он не может найти в себе таких чувств. Когда я попытался найти фигуру в прошлом, на которую у него были похожие реакции, оказалось, что это был его отец. Для пациента отец был приличным, добросовестным, упорно работающим человеком, по отношению к которому он имел постоянные разумные, рациональные и добрые чувства. Он всегда был терпим и добродушен по отношению к любым отцовским недостаткам. Это заметно контрастировало с его враждебным и драчливым поведением по отношению к другим авторитетным мужчинам или по отношению к конкурентам. Он, казалось, защищал меня и своего отца от своих бессознательных инстинктивных импульсов — но почему?

Сновидение дало ключевой материал. Он на парусной шлюпке. Паруса подвешены на тотемном шесте, на нем — три фигуры: двое мужчин и ребенок. Верхняя фигура похожа на меня, затем ребенок, а внизу — отец. Его ассоциации привели к следующему: когда ему было семь лет, у отца был сердечный приступ, и пациент полагал, что это его эмоциональная вспышка почти убила отца. Этот материал не был новым, но он, казалось, имел новый смысл для пациента. Он колебался несколько мгновений, а затем спокойно сказал мне: он слышал, что у меня был как-то сердечный приступ. Он продолжил, сказав участливо, что он уверен, я должен заботиться о себе, ведь я сам — терапевт. Я уловил натянутость в его попытке говорить утешительно. Я прервал его и спросил: «Что-то беспокоит Вас, о чем еще вы думаете?» Пациент вздохнул, попытался рассмеяться, а затем сказал: он слышал, что мне за пятьдесят, и это шокировало его. Он думал, что мне сорок. Я выгляжу молодым и действую как молодой».

Я вмешался: «То, что мне больше пятидесяти, шокировало Вас. Что приходит вам в голову в связи с этой мыслью — возраст за пятьдесят?» Пациент быстро сказал: «Мой отец умер в пятьдесят три года, и я не могу вынести возможности того, что вы умрете. На моей совести достаточно всего. Я не думал, что скажу вам все это, но этот ребенок на тотемном шесте заставил меня вспомнить смерть нашего первого ребенка. Я рассказывал, что у моей жены placenta praevia[1], но до сих пор не осознавал, что я чувствую свою вину за то, что это было вызвано половым актом с ней незадолго до кровотечения».

Я интерпретировал это для него: «И вы стали импотентом со своей женой для того, чтобы быть уверенным, что вы никогда

[1] Placenta praevia (*лат.*) — предлежание плаценты (*Примечание переводчиков*).

> не повредите другому ребенку». Он ответил: «Да, я недостоин иметь половое сношение с хорошей женщиной. Только разрушительные вещи исходят от меня, когда я даю себе волю. Вы должны быть признательны за то, что я так хорошо контролирую себя здесь». Пауза. Молчание.
>
> Теперь стало ясно, что за хронической разумностью пациента, за его переносом защиты лежат буйные чувства и импульсы. Его разумное поведение по отношению ко мне было способом защитить и предохранить меня от его разрушительной враждебности. Анализирование истории его защитной разумности сделало возможным для пациента пережить бурные импульсы, которые лежат за этим защитным барьером.

Кажущееся отсутствие реакции переноса оказалось переносом защиты. Пациент повторил со своим аналитиком группу защитных реакций, которые он считал необходимым использовать во взаимоотношениях с отцом, а затем — с женой. Эти защитные реакции были сопротивлением и противодействовали раскрытию инстинктивных и аффективных компонентов, которые скрывались под ними.

В приведенном выше примере пациент перенес целую группу защит на аналитика, но бывают случаи, когда может переноситься только одно защитное отношение. Существуют пациенты, которые всегда реагируют на интерпретацию так, что кажется, что они приняли ее. Однако они, возможно, лишь повторяют при этом покорное отношение из своего прошлого для того, чтобы отвратить агрессивные чувства. Один из моих пациентов никогда не делал интерпретацию по собственной инициативе, даже когда материал был совершенно очевиден. Он всегда ждал, чтобы я сам дал ему интерпретацию. Это защитное поведение было производным того факта, что его старший брат неистово конкурировал с ним и, бывало, жестоко нападал на него, если пациент угрожал его превосходству. Следовательно, пациент вел себя по отношению ко мне как наивный, ничего не знающий человек — играл ту же самую защитную роль, которую он принял по отношению к своему старшему брату.

До сих пор в примерах реакций переноса защит описываемые защиты находились на переднем плане явлений переноса. Однако существуют и другие реакции переноса защит, в которых определенные инстинктивные и аффективные реакции используются как защиты против других инстинктивных и аффективных явлений. Например, пациентка сохраняла в течение длительного периода времени сильный сексуальный и эротический перенос для того, чтобы отвратить более глубоко лежащий враждебный агрессивный перенос. У пациентов того же пола, что и аналитик, продолжительный враждебный перенос может быть использован как защита против гомосексуальных чувств. Подобная ситуация существует и с отношениями. Продолжительная покор-

ность может быть защитой против непослушания, или непослушание может быть защитой против покорности, которая может означать пассивную гомосексуальность для пациента и т. д. Приведенные выше иллюстрации являются примерами реактивных образований, проявившихся в переносе.

Реакции переноса защит всегда показывают, что есть страх какого-то нижележащего компонента влечения или аффекта. Перенос защиты является обычно Эго-синтонным и, следовательно, представляет собой дополнительное техническое препятствие. Сначала необходимо сделать перенос защиты чуждым для Эго, и только потом можно будет эффективно заниматься анализом. Реакции переноса защит часто встречаются у псевдонормальных характеров, у кандидатов, проходящих тренинг-анализ, в случаях, когда анализ проводится бесплатно, а также при невротических расстройствах характера, когда есть потребность в сохранении нормального фасада. Дополнительная техническая проблема, которую представляют собой такие пациенты, состоит в необходимости разоблачить перенос защит как сопротивление, сделать его Эго-дистонным, очевидным для пациента как симптом (Reider, 1950, Gitelson, 1954). Только после этого можно приступить к анализу нижележащих влечений и аффектов.

3.83. Генерализованные реакции переноса

До сих пор в нашем обсуждении различных типов явлений переноса и сопротивлений переноса мы описывали реакции на аналитика, которые являются производными переживания, связанного с особенно значимыми людьми из прошлого пациента. Пациент любит аналитика или ненавидит его, или же боится его так, как он любил или боялся отца или мать, или брата и т. д. Трансферентное поведение переноса пациента по отношению к аналитику обычно сильно отличается от его поведения по отношению к большинству людей в его внешней жизни за исключением тех нескольких, которые являются подобными фигурами переноса. Реакции переноса являются обычно специфичными и ограниченными.

Однако под заголовком «генерализованные реакции переноса» я хотел бы описать форму явления переноса, которая отличается от всех других уже описанных форм именно своей неспецифичностью и нечеткостью границ. В данном случае пациент реагирует на аналитика так, как реагирует на многих или на большинство людей в своей жизни. Такое трансферентное поведение не является чем-то особенным, оно типично и привычно. Это поведение было названо Вильгельмом Рейхом (Reich, 1928, Reich, 1929) «переносом

характера», но это название сочли неопределенным и вводящим в заблуждение (Freud A. , 1936; Sterba, 1951).

Данная форма переноса отличается от других реакций тем, что эти реакции на аналитика являются привычными, характерными и типичными откликами пациента на людей вообще; этот перенос свойствен объектным отношениям пациента в целом. Именно это качество неспецифичности, характерности и привело к использованию термина «перенос характера». Однако термин «характер» имеет и другие значения, и я считаю термин «генерализованные реакции переноса» более точным.

Пациенты, которые реагируют на своего аналитика генерализованным переносом, будут иметь чувства, установки, влечения, ожидания, желания, страхи и защиты, которые были сформированы их характером и которые стали той поверхностью, которую они предъявляют большей части мира. Эти черты являются относительно фиксированными результатами, остаточными продуктами, компромиссами различных конфликтов между инстинктами и защитами. Этот аспект личности содержит и защитные, и инстинктивные компоненты, часто в конденсированном виде. В ходе психоаналитической терапии такие реакции переноса всегда служат функциям сопротивления. Изучающим этот вопрос следует обратиться к основным работам по формированию характера в поисках более тщательного описания этой динамики (W.Reich, 1928; 1929; Fenichel, 1945a).

Позвольте мне привести типичный пример генерализованной реакции переноса. Мужчина лет пятидесяти пяти обратился по поводу анализа из-за нарушения сна и страха приобрести зависимость от таблеток снотворного. Он достиг исключительного успеха в своей профессиональной деятельности, а также, очевидно, в семейной и социальной жизни. Существенным фактором во всех этих разнообразных успехах был его энтузиазм. Он был приветлив, остроумен, сердечен, весел, эмоционально щедр, откровенен, общителен, душа компании и т. д. Короче говоря, он был полон энтузиазма.

Он начал свой анализ так, как он начинал любой свой проект, — с рвением, энергично и оптимистично. Он начинал каждую сессию с шумного приветствия, пересыпал свои ассоциации шутками, его жизненные переживания превращались в зачаровывающие истории, он находил мои интерпретации блестящими, выдающимися или восхитительными. Если мои замечания причиняли ему боль, он переполнялся благоговейным трепетом и стремился подтвердить мои находки. Он восхищался мною, льстил, рассказывал всем о моих достоинствах, рекрутировал для меня новых пациентов. Хотя он знал стандартную процедуру психоанализа, он неоднократно приглашал меня на вечера, даже организовывал специально вечера со знаме-

нитостями, которые, как он считал, будут для меня интересны, и, хотя я постоянно отказывался, он был уверен, что я рано или поздно приму приглашение. Он был убежден, что он мой любимый пациент, хотя понимал, что я обязан, по психоаналитической конвенции, скрывать эту информацию. Эта манера реагирования на меня была типичной и характерной для него, он реагировал так же на большинство людей, причем весьма успешно. Его считали обаятельным и достойным любви люди различного общественного положения, его семья, его сотрудники, его многочисленные возлюбленные, важные руководители и известные художники.

С этими генерализованными реакциями переноса было трудно иметь дело. Прежде всего, мне нужно было сдерживать свои реальные ответы и контрпереносные отклики. Затем я постоянно должен был обращать его внимание на разбросанность его поведения, беспорядочность его любовных отношений, постоянную неугомонность, которая показывала существование скрытой неудовлетворенности. Постепенно я стал способен продемонстрировать, что этот хронический энтузиазм, это чувство того, что он любимец, было мифом, покровом, который он пытался сохранить навсегда. Это не удавалось ему только во время сна и в его сновидениях, когда он был вынужден отказываться от сознательного контроля. После многих месяцев работы его энтузиазм стал чуждым Эго, он больше не одобрял его, он осознал, что этот энтузиазм — мошенничество, и он позволил себе почувствовать лежащую в основе его депрессию. Затем его реакции переноса изменились, и я стал (в разные моменты) полной ненависти, лицемерной матерью, которая соблазняла его и отвергала; его сердитым отцом и т. д. Вне анализа его поведение также изменилось. Хотя он еще бывал обаятельным энтузиастом, это уже контролировалось. В конце концов он сумел нажить себе врагов, заслуживающих этого, и даже временами быть скучным. Тогда у него появилась способность спать и видеть сны (Greenson, 1962).

Технические проблемы при генерализованных реакциях переноса сходны с теми, что встают при переносе защит, поскольку генерализованный перенос всегда служит важной защитной цели и является Эго-синтонным. Первой задачей является превратить этот перенос в Эго-дистонный, настолько болезненный, что пациент будет активно работать над переносом вместо того, чтобы пытаться сохоанить его навсегда. Сопротивления характера должны быть превращены в сопротивления переноса (Fenichel, 1941, р. 68). Тогда невроз переноса будет эволюционировать, и аналитическая работа сможет стать плодотворной. Другие технические проблемы будут обсуждаться особо в разделе 3.10.

Генерализованные реакции переноса имеют место у пациентов, которые страдают главным образом от расстройств характера. Каждый тип расстройства

характера будет продуцировать типичный для него генерализованный перенос; например, пациент с обсессивным характером будет развивать генерализованный перенос на аналитика, что будет копией его изолированных, навязчивых объектных отношений вообще.

3.84. Отыгрывание реакций переноса

Фрейд осознавал важность распознавания и анализирования переноса, сопротивлений переноса и в особенности отыгрывания реакций переноса начиная со случая Доры, которую он лечил в 1900 году. Дора прервала лечение, потому что Фрейд не сумел распознать, что отдельные реакции ее переноса происходили от ее любовника, а не от ее отца. Более того, пациентка отыгрывала этот аспект своего переноса. Она действовала по отношению к Фрейду так, как она хотела бы вести себя по отношению к своему любовнику, г-ну К. — она бросила его. Рассматривая историю и последствия этого случая, Фрейд (Freud, 1905a) пришел к осознанию особой важности переноса и отыгрывания переноса. Он возвращался к проблеме отыгрывания и позже, особенно при работе с навязчивым повторением (Freud, 1914c, Freud, 1920, Freud, 1937). В последние годы несколько других авторов внесли заметный вклад в наше понимание отыгрывания реакций переноса (Fenichel, 1945a, Fenichel, 1945b; Greenacre, 1950; Spiegel, 1954; Bird, 1957; см. также список литературы).

Отыгрывание имеет место во многих случаях, и не только как реакция переноса. Тема отыгрывания будет развита далее, во втором томе. В данном разделе отыгрывание будет обсуждаться как явление переноса, имеющее место в ходе анализа и как особая разновидность реакции переноса.

Понятие отыгрывания относится к хорошо организованной, согласованной группе действий, которые имеют определенную цель, сознательно желаемы, являются Эго-синтонными и которые оказываются повторным разыгрыванием воспоминания из прошлого. Это действие является слегка замаскированным повторением прошлого, но пациент при этом не способен вспомнить прошлое событие или события. Пациент, кажется, поглощен действием, а не воспоминанием; это защита против воспоминания. В анализе пациенты будут выражать свои реакции переноса в виде отыгрывания вместо того, чтобы передавать их словами или чувствами. Отыгрывания могут иметь место как по отношению к самому аналитику, так и к кому-то другому вне анализа.

Определенная доля отыгрывания неизбежна при любом анализе. Частично это происходит из-за того, что аналитик атакует невротические защиты

и, следовательно, поощряет разрядку аффектов и влечений пациента менее искаженным способом. Это способствует их прорыву в действии. Кроме того, сам перенос является повторным проживанием, повторением прошлого, и, таким образом, мобилизует влечения из прошлого, которые могут выразиться в поведении и действиях. Однако отыгрывание будет также вызываться неправильным обращением с переносом, в особенности при недостаточном анализе негативного переноса. Ошибки в дозировке, своевременности и такте при интерпретации часто ведут к отыгрыванию. Реакции переноса аналитика по отношению к пациенту также вызывают отыгрывание. Однако тенденция к повторному разыгрыванию вместо воспоминания будет возникать и тогда, когда в анализе пытается получать выражение невербальный или довербальный материал или же на подступах к травматическому материалу.

Отыгрывание всегда является сопротивлением, хотя оно может служить временно и некоторым полезным функциям. Это защита против воспоминания и обдумывания, оно противостоит интеграции мышления, памяти и поведения, и, следовательно, противостоит структурным изменениям Эго. Вместе с тем некоторые формы отыгрывания могут служить и конструктивным целям. Здесь я имею в виду временное, спорадическое отыгрывание, которое может иметь место при разрушении ригидных, сдерживающих защит. Этот тип следует отличать от привычного отыгрывания человека, который отыгрывает хронически. Иногда также отыгрывание может быть формой пробного воспоминания, первой пробной попыткой вспомнить (Ekstein and Friedman, 1957). В этом смысле это окольный путь к воспоминанию. Мой клинический опыт показывает, что воспоминание, которое повторно разыгрывается, как правило, является покрывающим воспоминанием (Greenson, 1958a). Искажения, свойственные отыгрыванию, всегда происходят в направлении исполнения желания. Открытые действия подобны явному содержанию сновидения, они стремятся к исполнению желания (Lewin, 1955). В конечном счете отыгрывание является формой невербальной коммуникации; несмотря на его функции сопротивления, это также движение в сторону достижения объекта (Bird, 1957; Greenson, 1959a). Кроме того, отыгрывание может быть и криком о помощи (Winnicot, 1956b).

Отыгрывание является единственной специфической формой невротического повторного разыгрывания, которая может иметь место как внутри, так и вне анализа. Его следует отличать от повторного проживания и симптоматического действия, хотя это и не всегда клинически возможно. При повторном проживании наблюдается простое повторение прошлого события. Здесь нет искажения, поэтому повторное проживание легко приводит к воспоминаниям. Обычно оно происходит в измененных состояниях Эго, под влиянием интенсивных эмоций, наркотиков, фуговых состояний и т. д. Симптоматические действия не являются хорошо организованными и согласованными; они ощущаются как

странные, чуждые Эго и представляют собой провал функционирования Эго. События прошлого здесь сильно искажены, и в симптоматическом действии может проявляться только какой-то фрагмент события. Позвольте мне проиллюстрировать простыми примерами отыгрывание, повторное проживание и симптоматическое действие.

Миссис К.[1] в конце каждой сессии, встав с кушетки, забирала бумажную салфетку, которая была подстелена под ее голову на подушке. Идя к двери, она комкала ее в руке, беспокоясь и заботясь о том, чтобы я ее не увидел. Затем она бросала салфетку в мусорную корзину под моим столом, когда проходила мимо него, или прятала ее в свою сумочку. Все это проделывалось очень проворно, и у меня было впечатление, что пациентка надеется, что эти действия ускользнут от моего внимания. Когда я указал ей на это поведение, миссис К. с готовностью признала его, но, казалось, была удивлена, что я спрашиваю об этом. Ее отношение было: разве не все так делают? Она воспринимала свои реакции как самоочевидные с точки зрения обычного этикета. Она продолжала делать так, несмотря на мои попытки понять лежащий в их основе смысл.

На одной из сессий я смог добиться некоторого успеха, когда попросил ее ассоциировать к «испачканной салфетке» (= пеленка, подгузник), которую она старалась скрыть от меня. Это привело к болезненным воспоминаниям о стыде, связанном с менструацией. Поведение с салфетками продолжалось. В конце концов, мы начали анализировать ее ужасный стыд ануса, той части ее тела, которую она должна была скрывать всеми возможными способами. Она не могла опорожнить свой кишечник, когда кто-то посторонний был в доме, из-за страха, что ее могут услышать либо запах выдаст ее. После дефекации она проводила значительное время в ванной комнате для того, чтобы сделать вид, что ничего не произошло. Я отметил, что она действовала с бумажной салфеткой так, как будто эта салфетка указывала на туалетную деятельность, которую она должна была скрывать. Тогда она поделилась множеством воспоминаний о фанатизме своей матери по поводу туалета и чистоты в ванной комнате. Только тогда она смогла оставлять бумажную салфетку на подушке в конце сессии.

Миссис К. отыгрывала в конце каждой сессии следующее: я чистоплотная девушка, которая поступает таким образом, что наверняка никто другой не видит моей туалетной деятельности. Никто не должен знать, что я занимаюсь этим. Неправда, что я делаю такие грязные вещи, нет никаких улик. Это согласованная, хорошо организованная, целенаправленная группа действий, осознанная и Эго-синтон-

[1] См. разделы 1.24, 2.651, 2.71, 3.25, 3.42, 3.81.

ная, служащая для отрицания ее прошлой приятной туалетной деятельности, которую она не может вспомнить. Короче говоря, это форма отыгрывания.

Во время Второй мировой войны я назначил пулеметчику бомбардировщика B-17, только что вернувшегося из боя, внутривенно инъекцию пентотала. Он страдал от бессонницы, ночных кошмаров, тремора, обильного потоотделения и явно выраженной реакции испуга. У него было 50 боевых вылетов, но он не осознавал никакой беспокоящей его тревоги и неохотно рассказывал о бое. Он согласился принять пентотал, потому что слышал: это вызывает ощущение опьянения и, кроме того, это означает, что ему не нужно будет больше говорить с другими офицерами. Как только он получил около 5 мл в вену, он запрыгнул на кровать, вырвал иглу из руки и начал кричать на высокой ноте: «Они придут в четыре часа, они придут в четыре часа, взять их, взять их, или они возьмут нас, эти сукины дети, взять их. О, господи, взять их, взять их. Они придут сюда снова в час, в час, взять их, ублюдки, взять их, о боже, я ранен, я не могу двигаться, помогите мне, вы, ублюдки, помогите мне, взять их, взять их».

Пациент кричал и визжал так в течение двадцати минут, глаза его были полны ужаса, и пот струился по лицу. Его левая рука сжала правую, которая повисла как плеть. Он дрожал мелкой дрожью, был напряжен. В конце концов я сказал: «Все, Джо, я взял их, я взял их». Он повалился на кровать и провалился в глубокий сон.

На следующее утро я увидел его и спросил, помнит ли он то, что он говорил после инъекции пентотала. Он робко улыбнулся и сказал, что он вспоминает пронзительные крики, но все очень смутно. Я рассказал ему, что он говорил о бое, когда он был ранен в правую руку, и что он все время кричал: «Взять их, взять их». Он прервал меня: «О, да, я вспомнил, как мы шли назад из Швейнфурта, и они напали на нас, они начали подходить в 4 часа, а затем в час, мы уничтожили их зенитками, и т. д.».

Пациент смог с легкостью вспомнить прошлое событие, которое он пережил вновь под действием пентотала. Воспоминание было неискаженным и доступным, что типично для повторного проживания.

Теперь я хотел бы процитировать следующий случай как пример симптоматического действия. Один из моих пациентов, мужчина средних лет, не мог сидеть в моей комнате ожидания. Он растерянно стоял в углу до тех пор, пока я не открывал дверь в свой кабинет, и тогда он немедленно шел ко мне. Это поведение причиняло ему страдание, он знал, что оно странно, однако он переполнялся страхом, когда пытался присесть в комнате ожидания. Похожие реакции бывали у него и в других комнатах ожидания, и он обычно устранял их, приходя позже либо уходя и входя вновь под тем или иным

> предлогом. Это стало более заметно, когда он начал регулярно приходить на аналитические сессии, и я начал анализировать его тенденцию приходить позже.
>
> Примерно через год мы раскрыли следующие детерминанты его страха, связанного с сидением в комнате ожидания: быть найденным сидящим означало — быть «пойманным» сидящим, что означало обнаружить его мастурбирующим. Он мастурбировал, сидя в туалете, будучи мальчиком, и вскакивал сразу же, как только слышал, что кто-то приближается, из страха, что могут войти. На двери ванной комнаты у них дома не было задвижки. Сидеть, когда я стою, означает, что он маленький, а я — большой, при этом он чувствовал, что я могу угрожать ему физическим насилием. Более того, его отец настаивал на том, чтобы он вставал на ноги, когда взрослые входили в комнату, и теперь он запоздало подчинялся. Он бунтовал против отца будучи подростком и чувствовал вину, когда отец умер от удара. Он обнаружил своего отца сидящим на стуле так, как будто он дремлет, и только потом, к своему ужасу, обнаружил, что тот в коме. Следовательно, вставание означает, что он жив, а сидеть означает быть как отец — мертвым. Кроме того, сидеть означало принять феминную позицию во время уринации, и он должен стоять в моем присутствии для того, чтобы показать: видите, я — мужчина.

Здесь мы видим пример того, как чуждая Эго, странная деятельность осуществляется против воли пациента; он вынужден разыгрывать, и это является симптоматическим актом. Анализ вскрыл множество событий из его истории жизни, которые оказались сконденсированы, искажены и символизированы в данной деятельности. В ясных случаях отыгрывание, повторное проживание и симптоматические действия легко отличить друг от друга. В клинической практике нечасто удается увидеть чистые формы, здесь приходится иметь дело с некоторой смесью этих трех разновидностей невротического повторного разыгрывания. Давайте теперь вернемся к нашему исследованию отыгрывания реакций переноса.

3.841. ОТЫГРЫВАНИЕ В АНАЛИТИЧЕСКОМ СЕТТИНГЕ

Самая простая форма отыгрывания реакций переноса имеет место, когда пациент отыгрывает что-то в аналитическом сеттинге. Фрейд приводил пример пациента, который вел себя вызывающе и критически по отношению к аналитику, но не мог вспомнить такого типа поведения в своем прошлом. Он не только чувствовал такие эмоции по отношению к аналитику, но и действовал на их основе, отказываясь говорить, забывая свои сновидения и т. д.

Он действовал на основании своих эмоций вместо того, чтобы рассказывать о них; он повторно разыгрывал часть прошлого вместо того, чтобы вспоминать ее (Freud, 1914, р. 150). Более того, пациент не только не осознавал неуместность своих реакций, но обычно находил свое поведение оправданным. Отыгрывание, как мы уже говорили, является Эго-синтонным.

Позвольте мне проиллюстрировать это следующим примером. Сорокалетний музыкант пришел для прохождения анализа, потому что он страдал от хронической бессонницы, колита и торможений в работе. Когда я смог провести с ним первую сессию утром, в восемь часов, он сформировал удивительный паттерн начала сессий. Прежде всего, я смог услышать, как он входит в холл, потому что он возвестил о своем прибытии, громко сморкаясь, как труба, каждую ноздрю отдельно и неоднократно. Когда он вошел в комнату для лечения, он весело и музыкально пожелал мне доброго утра. Затем, тихонько напевая с закрытым ртом, снял свой жакет и повесил его на стул. Он обошел кушетку, сел и, все еще тихонько напевая, начал освобождать свои карманы. Сначала он вынул из заднего кармана бумажник и носовой платок, которые были положены на стол сбоку; затем ключи и мелочь из других карманов и кольцо с пальца. Затем, с громким вздохом, он нагнулся и снял ботинки, аккуратно поставил их бок о бок. Затем он расстегнул верхнюю пуговицу своей рубашки, ослабил узел галстука, и с явным вздохом освобождения лег на кушетку, повернулся на бок, положив сложенные ладони между щекой и подушкой, закрыл глаза и замолчал. Затем, через несколько мгновений, он очень мягко заговорил.

Сначала я смотрел на это представление молча; казалось невероятным, что мой пациент проделывает все это всерьез. Затем, когда я понял, что он не осознает неуместности своего поведения, я решил попытаться понять как можно точнее, что это означает, прежде чем я конфронтирую его. Было очевидно, что это отыгрывание было каким-то образом связано со сборами ко сну. Я начал понимать, что он повторно разыгрывает сборы ко сну своих отца и матери, в которых я был одним из родителей, а он был либо вторым родителем, либо самим собой, когда он был ребенком. Его история была полна воспоминаний об ужасных битвах между отцом и матерью в их спальне, которые будили и ужасали его. Эти битвы происходили примерно через четыре часа после того, как он, будучи ребенком, ложился спать, и его теперешняя бессонница характеризовалась просыпанием через четыре часа после засыпания. Он отыгрывал со мной: а) как он хотел, чтобы его родители мирно спали вместе; и б) как он фантазировал, будучи ребенком, как бы он спал с кем-нибудь из родителей.

Когда я попытался привлечь его внимание к столь странному способу начинать сессию, он был возмущен. В этом нет ничего

> особенного или странного, или того, на что стоит обращать внимание. Он только попытался расслабиться и свободно ассоциировать, ведь я же говорил в начале анализа, что все, что ему следует делать, так это расслабиться и попытаться говорить все, что бы ни пришло ему в голову. Итак, теперь он расслаблен. Верно, что он чувствует что-то похожее на сон, но это связано с тем, что сессия начинается так рано. Затем он неохотно признал, что, когда я заговорил с ним уже ближе к концу сессии, он действительно почувствовал это как диссонанс и даже вторжение. Он также осознает, что, в силу какой-то странной причины ему нравится эта утренняя сессия. Он едва ли сможет вспомнить то, что он говорил, и то, что говорил я. Тогда я сказал ему, что все это связано с тем фактом, что он пришел на сессию для того, чтобы продолжить спать со мной. Он разделся так, будто собирался лечь в постель, и лег на кушетку с закрытыми глазами и блаженным выражением, потому что чувствовал, будто бы мы спим вместе, и это был тот самый мирный сон, которого он, должно быть, желал для отца и матери или для него самого и кого-нибудь из родителей. До этого момента в анализе пациент мог вспомнить только свою ненависть по отношению к родителям за их постоянные баталии по ночам или свое ревнивое соперничество и сексуальные желания заместить отца или мать на их двуспальной кровати. Мои интерпретации желания мирного сна были первым шагом в реконструкции доэдиповых желаний пациента по отношению к его отцу и матери (Lewin, 1955).

В приведенных случаях пациенты имели чувства по отношению к аналитику, которые они не описывали и о которых не рассказывали, но осуществляли в действиях. Одна тайком убирала салфетку, другой вел себя дерзко, третий засыпал. Во всех трех случаях часть прошлого повторно разыгрывалась, но пациент не мог вспомнить его и неохотно анализировал свою деятельность.

В конечном счете оказывалось, что эта деятельность является искажением прошлого события, и она направлена на исполнение желания. Пациент отыгрывал с аналитиком то, что он хотел бы сделать в прошлом. По моему клиническому опыту, отыгрывание всегда является повторным разыгрыванием прошлого желания, которое первоначально не могло быть осуществлено. Отыгрывание является запоздалой попыткой исполнения желания.

Отыгрывание в рамках аналитической сессии может не ограничиваться определенным эпизодом или единичным событием, но может проходить через длительные периоды анализа. Я наблюдал пациентов, в особенности кандидатов, которые отыгрывали роль «хороших» пациентов и пытались дать мне роль «совершенного» аналитика. Это может продолжаться месяцами и даже годами, пока аналитик не осознает бесплодности и ограниченности анализа. Тогда задача будет состоять в том, чтобы показать это поведение как сопротивление и защиту и вскрыть нижележащую враждебность. Я наблюдал аналогичную

ситуацию у пациентов, которые поддерживали в себе уверенность, что они являются моими фаворитами. Мой утренний спящий пациент относился к их числу. Он сознательно считал, что был моим фаворитом, и когда я интерпретировал это как его желание и потребность, он отвечал, что знает, что согласно моей фрейдистской клятве я обязан держать в секрете свои истинные чувства. Когда я делал интерпретации, которые любой другой пациент воспринял бы болезненно, он, бывало, восхищался моей проницательностью и, ставя себя на мое место, наслаждался моим предполагаемым триумфом. Он любил анализ, и, более всего, ему нравилось быть анализируемым мною. Он чувствовал, что мы представляем собой превосходную комбинацию, он и я, я с моим мозгом и он с его воображением. Даже хотя его симптомы не изменились и он не достиг большого прогресса, анализ доставлял ему наслаждение. Я энергично указывал ему снова и снова, что он, по-видимому, пришел не для того, чтобы пройти анализ, а для того, чтобы повторно разыграть доставляющее наслаждение чувство быть фаворитом. Медленно он начал вспоминать и рассказывать о том, как он был любимцем матери и отца, а затем было обнаружено, что эти воспоминания были покрывающими, защищающими от горького разочарования в обоих родителях.

3.842. ОТЫГРЫВАНИЕ ВНЕ АНАЛИЗА

Молодая замужняя женщина, будучи в анализе, неожиданно вступила в сексуальную связь. Я был убежден, исходя из клинических данных, что это было отыгрыванием трансферентных чувств: пациентка едва знала этого мужчину, и он был совершенно не похож на тех мужчин, которые ее обычно привлекали. Он был артистичен, действовал как профессор и выглядел как римлянин времен античности — именно эти качества привлекли ее. Эта сексуальная связь возникла, когда я был вынужден пропустить несколько сессий для того, чтобы участвовать в конференции. Она начала свой анализ с позитивным переносом, который постепенно приобрел эротический и сексуальный оттенок. Он был проинтерпретирован и, казалось, временно разрешен. Я вспомнил, что во время фазы ее сильной любви ко мне она описывала меня как профессора и артистическую натуру. Кроме того, однажды она видела сновидение, где я был в римской тоге, и в ассоциации к этому сновидению она рассказала, что я причесываю свои волосы как римлянин, кроме того, она слышала, что мое уменьшительное имя «Роми». Казалось ясным, что молодая женщина через отыгрывание с молодым человеком выразила свои сексуальные и романтические чувства. Она разыгрывала с ним то, что хотела и не могла разыграть со мной. Эти желания были повторением глубоко вытесненных чувств, которые она испытывала по отношению к своему отчиму.

Пациент-мужчина, проходивший анализ, вдруг развил близкие отношения со своим врачом, мужчиной, которого он никогда не знал в социальной жизни. Теперь пациент часто приглашал его обедать и вступал с ним в интимные беседы. Очевидно, его желание в близости со мной было отыграно вне анализа. Когда это происходит, желание интимности со мной не выражается на аналитической сессии. Только моя интерпретация этого отыгрывания вернула бессознательные желания в анализ (бессознательной была связь этих желаний со мной).

Когда чувства переноса отыгрываются вне анализа, характерно, что влечения и аффекты, которые таким образом выражаются, не проявляются в самой аналитической ситуации. Один студент во время прохождения у меня анализа постоянно критиковал тупость своих учителей, их леность и глупость. В то же самое время его трансферентные чувства ко мне были устойчиво позитивными. Какой-либо враждебный перенос ко мне отсутствовал, но устойчивая враждебность к учителям заставила меня осознать, что он отыгрывал свой негативный перенос.

Частой формой отыгрывания является расщепление амбивалентного или преамбивалентного переноса, когда один аспект отыгрывается вне анализа. Это часто наблюдается у кандидатов. Обычно чуждый Эго перенос направляется на другого аналитика, и только Эго-синтонные чувства выражаются по отношению к аналитику. Следовательно, враждебные и гомосексуальные чувства будут находить разрядку по отношению к другим аналитикам, тогда как менее беспокоящие эмоции и влечения будут направляться на собственного аналитика. Или же расщепление будет иметь место на основании «хороший» и «плохой» аналитик, где какой-то другой аналитик играет дополнительную роль.

Следует помнить, что отыгрывание, которое происходит во время анализа, связано не только с ситуацией переноса. Очень часто будет обнаруживаться, что такое отыгрывание происходило и прежде, до начала анализа. Лица, задействованные в таких ситуациях, будут сами оказываться фигурами переноса (Bird, 1957). Это будет обсуждаться во втором томе.

Теперь я бы хотел привести пример, иллюстрирующий комбинацию отыгрывания и симптоматического действия, связанных с переносом. В течение нескольких сессий пациент находил недостатки во всем, что бы я ни делал при анализе. Он находил мое молчание гнетущим, а мои вмешательства раздражающими и враждебными. На самом деле он допускал, что ему нравятся аналитические сессии, до того момента, когда я начинаю говорить или когда он ожидает, что я начну говорить. Он мог сказать, когда я собираюсь вмешаться, потому что он мог услышать скрип моего стула или изменение в дыхании. Короткое сновидение и ассоциации к нему дали кое-какие важные ключи для понимания его реакций. В этом сновидении кто-то слушает радиоком-

ментатора, Габриэля Хитера, голос которого — голос судьбы. У пациента возникает ассоциация с тем фактом, что этот диктор был отцовским фаворитом, и вся семья была вынуждена слушать этого человека, когда отец приходил домой обедать. Это привнесло воспоминание о том, как менялась атмосфера в доме, когда отец приходил домой: он заглушал все. Он прекращал все веселье в семье, по крайней мере, для пациента. Он всегда мог сказать, когда отец придет домой, потому что тот всегда приходил домой без двадцати семь и всегда насвистывал, подходя к дому. Когда бы пациент ни замечал, что приближается семь часов, или слышал свист, он становился раздраженным и враждебно настроенным.

На меня произвело впечатление множество параллелей между тем, как пациент вел себя по отношению ко мне и как он реагировал на приход отца домой. Я сформулировал это следующим образом: пока я молчу во время сессии и позволяю тем самым пациенту говорить, пока все это происходит в начале сессии, пациент наслаждается аналитической ситуацией так, как он наслаждался пребыванием дома со своей очень любящей матерью и своими сестрами, что было приятно и наполнено миром. Примерно за двадцать минут до конца сессии пациент начинал ожидать, что я прерву «секретное» веселье в доме. Скрип моего стула или изменение ритма моего дыхания напоминали ему об отцовском свисте. Мои интерпретации были как «голос судьбы», возвращение отца домой, конец всем удовольствиям пациента, связанным с матерью и сестрами. Пациент согласился с этой формулировкой, добавив, что, «говоря по правде», он должен признать, что отцовское возвращение домой причиняло боль только ему, а мать и сестры ждали этого.

Этот пример иллюстрирует, как во время аналитической сессии пациент повторно разыгрывал со мной эпизоды своего прошлого, связанного с семьей. В начале сессии он был большим болтуном, а я представлял собой спокойных и восхищающихся мать и сестер. Ближе к концу сессии, когда наступала моя очередь говорить, я становился подавляющим и мешающим отцом. Поскольку эта ситуация была Эго-дистонной и весьма болезненной для пациента, он работал очень усердно, пытаясь реконструировать и вспомнить события прошлого, которые лежат за невротическим повторным разыгрыванием.

Как говорилось ранее, все формы невротического повторного разыгрывания могут встречаться в чистом виде, но обычно можно обнаружить смесь повторного проживания, симптоматического действия и отыгрывания. Трудность определяется тем, является ли невротическое повторное разыгрывание Эго-синтонным или чуждым Эго. Всегда, когда оно Эго-синтонно, есть еще дополнительное сопротивление. Тогда значительно труднее привлечь на свою сторону разумное Эго пациента, установить рабочий альянс и раскрыть или реконструировать нижележащие воспоминания.

3.9. Техника анализирования переноса

3.91. Общие замечания

Следует заметить, что заголовок этого раздела — «Техника анализирования переноса», а не «Интерпретация переноса или управление переносом». Хотя интерпретация является решающим инструментом для обращения с явлениями переноса, в психоаналитической процедуре необходимы также и другие технические инструменты. Интерпретация реакций переноса является последним техническим шагом при работе с явлениями переноса, но для того, чтобы эффективно интерпретировать перенос, существуют множество необходимых предварительных шагов. Эдвард Бибринг (Bibring, 1954) подчеркивал тот факт, что, с увеличением наших знаний о психологии Эго, психоаналитик лучше осознает необходимость тщательного прояснения конкретного психического явления до того, как он попытается интерпретировать его. Фенихель (Fenichel, 1941) и Крис (Kris, 1951) также делали акцент на важности ясного демонстрирования и освещения рассматриваемого предмета, прежде чем аналитик попытается интерпретировать его бессознательное значение. Как я говорил ранее, демонстрация, прояснение, интерпретация и проработка психологического события могут считаться «анализированием» данного явления.

Причина для вынесения на обсуждение концепции «управления» переносом состоит в том, что психоаналитик вынужден делать больше, чем просто «анализировать» для того, чтобы должным образом обращаться с переносом. Без всяких сомнений это утверждение не затушевывает тот факт, что именно *анализ* переноса является существенной характеристикой психоанализа. Однако для того, чтобы сделать психическое событие поддающимся анализу, может оказаться в определенные моменты необходимым предпринимать другие процедуры (Bibring E. , 1954, Eissler, 1953, Menninger, 1958, гл. VI, см. также раздел 1.34 в этом томе).

Например, поскольку психоаналитическая техника имеет целью содействовать максимальному развитию всех видов реакций переноса и поскольку явления переноса возникают у пациента спонтанно, наша техника должна включать в себя ненавязчивое и терпеливое ожидание. Здравое использование ожидания в форме молчания является одним из наиболее важных инструментов, способствующих развитию переноса. Тем не менее, строго говоря,

это манипуляция. Молчание аналитика может помочь пациенту развить и почувствовать большую интенсивность реакций переноса. Произошедшее в результате эмоциональное отреагирование способно принести пациенту наибольшее убеждение в реальности его чувств. Однако молчание аналитика и эмоциональное отреагирование пациента являются неаналитическими мерами. Они могут также привести к травмирующей ситуации и массивным сопротивлениям, если аналитик не «проанализирует» их в должное время. Только путем анализирования можно разрешить реакцию переноса и, следовательно, проложить путь для других по разновидности или интенсивности реакций переноса.

Определенную роль в управлении переносом играет также внушение. Мы просим наших пациентов свободно ассоциировать и позволять своим чувствам развиваться спонтанно. Тем самым мы внушаем пациенту, что его чувства являются позволительными и управляемыми. Наше молчание может также внушать ему следующее: мы ожидаем, что он вынесет определенные чувства, какими бы болезненными они ни были и что все будет хорошо. Когда мы спрашиваем пациента, помнит ли он свое сновидение, мы тем самым внушаем ему, что он действительно видит сновидения и может запомнить их. Именно внушение поможет пациенту рискнуть пойти с нами дальше, особенно в начале анализа, когда пациент знает совсем немного о нас и о психоаналитической процедуре. В конечном счете чувства переноса, которые заставляют пациента поддаваться внушению или манипуляциям, также должны быть проанализированы и разрешены. Для дальнейшего изучения этого вопроса см. работу Чарльза Фишера (Fisher, 1953).

Все это верно также и для других неаналитических вмешательств. Все «неавтономные» терапевтические воздействия, которые оказываются терапевтом на пациента, должны быть в конце концов выведены на сознательный уровень и тщательно проанализированы. Вместе с тем важно признать, что неаналитические меры являются до некоторой степени необходимыми в каждом анализе. Внушение и манипуляция попали в немилость в психоаналитических кругах из-за неправильного использования. Они не замещают анализ, они подготавливают к нему или являются дополнительными процедурами. Интерпретация сама по себе, «чистый» анализ, являются не терапевтической процедурой, а инструментом для исследования. Хотя в этом разделе фокусируется внимание на *анализе* явлений переноса, клинические примеры проиллюстрируют и прояснят взаимосвязи между аналитической и неаналитической техниками. Должное сочетание этих техник и составляет искусство психотерапии.

Существует несколько других факторов, которые делают анализ переноса таким сложным и таким важным. Во-первых, у явлений переноса есть два прямо противоположных свойства. Во-вторых, сам перенос может стать

источником самого сильного сопротивления аналитической работе. И, в-третьих, патологические защиты также переносятся, и мы тогда имеем комбинацию переноса и сопротивлений переноса одновременно.

Одной из постоянно возникающих технических проблем является понимание, продвигает ли данный перенос ход анализа вперед или находится в оппозиции к нему; каждая из этих ситуаций требует вмешательств особого рода. Согласно моему клиническому опыту и, я предполагаю, опыту других аналитиков, наиболее частой причиной того, что пациент преждевременно прерывает психоаналитическую терапию, является неправильное обращение с ситуацией переноса (Freud, 1905a). Дальше встает еще одна проблема. Чтобы продуцировать материал, пациенту необходимо развить невроз переноса, а чтобы работать аналитически над этим материалом, ассимилировать его, пациент также должен развить рабочий альянс. Два эти требования находятся в оппозиции друг к другу. Как мы достигаем и того, и другого? (См. раздел 3.5).

Из нашего обсуждения следует, что техника анализирования явлений переноса затрагивает следующие вопросы: 1) Как мы гарантируем естественную эволюцию переноса пациента? 2) Когда мы позволяем переносу развиваться спонтанно и при каких условиях необходимо вмешиваться? 3) Когда становится необходимым вмешательство, какие технические меры требуются для анализа реакции переноса? 4) Как мы содействуем развитию рабочего альянса?

Я рассмотрю первые три вопроса по порядку. Я также добавлю кое-какие замечания о рабочем альянсе в каждый из этих разделов, когда это будет необходимо. Рабочий альянс следует постоянно иметь в виду.

3.92. Гарантирование переноса

Концепция гарантирования переноса относится к принципу защиты такого отношения пациента к аналитику, при котором он мог бы развить наибольшее разнообразие и интенсивность реакций переноса в соответствии с его собственной уникальной индивидуальной историей и его собственными потребностями. В работах Фрейда по технике содержатся упоминания и рекомендации о том, как это может быть выполнено (Freud, 1912b, 1915a, 1919a). Гринейкр прояснила и добавила много других моментов в работе, вышедшей в 1954 году. В то время ее эссе было особенно актуально, потому что тогда среди американских психоаналитиков наблюдалось значительное различие во мнениях, касающихся необходимости соблюдать классические процедуры в психоаналитической технике.

3.921. ПСИХОАНАЛИТИК КАК ЗЕРКАЛО

Фрейд (1912b) рекомендовал психоаналитику быть как бы зеркалом для пациента. Это было неправильно понято и неправильно истолковано в том смысле, что аналитику следует быть холодным и неотзывчивым по отношению к своему пациенту. На самом деле, я полагаю, Фрейд имел в виду нечто совершенно другое. Сравнение с зеркалом означает, что поведение аналитика, его отношение к невротическому конфликту пациента должно быть «непрозрачным», оно не должно отражать для пациента ничего, кроме того, что он предъявил. Личные ценности и предпочтения аналитика не должны вторгаться в анализ этих конфликтов. Именно нейтральность аналитика в таких ситуациях дает возможность пациенту продемонстрировать свои искаженные и нереалистические реакции как таковые. Более того, аналитику следует стараться приглушить свои собственные отклики, чтобы он был относительно анонимным для пациента (Freud, 1912b, p. 117–118). Только таким способом можно будет четко определить реакции переноса пациента, чтобы их можно было выделить и отличить от более реалистичных реакций. Кроме того, чтобы анализировать явления переноса, важно сохранять область взаимодействия между пациентом и аналитиком относительно свободной от контаминаций и артефактов. Любая другая форма поведения или отношения со стороны аналитика, кроме последовательной гуманной и невторгающейся, будет затемнять и искажать развитие и признание явлений переноса. Позвольте мне привести несколько примеров контаминации.

Несколько лет назад у пациента, который страдал от язвы желудка и депрессии, начался длительный период непродуктивной работы с аналитиком как раз в тот момент, когда его симптомы обострились. Мы оба осознавали, что действует сопротивление, но были не в состоянии достичь сколько-нибудь значительного прогресса в борьбе против усиления симптомов или упорства сопротивления. После нескольких месяцев работы я начал осознавать, что пациент изменился в своем отношении ко мне. Прежде он был склонен шутить или дразнить, или злить меня каким-нибудь невинным способом. Теперь он больше жаловался, но совсем не шутил, был угрюм. Раньше его озлобленность была явной и спорадичной, теперь же он на поверхности сотрудничал, но на самом деле был упрям. Однажды он сказал мне, что видел сновидение об осле, а затем впал в угрюмое молчание. Помолчав, я спросил его, что происходит. Он ответил со вздохом, что подумал: быть может, мы оба ослы. После паузы он добавил: «Я не двигаюсь с места, и вы тоже. Вы не меняетесь, и я не меняюсь (молчание). Я пытался измениться, но это сделало меня больным». Я был озадачен и не мог понять, к чему это относится. Тогда я спросил

его, как он *пытался* измениться. Пациент ответил, что он пытался изменить свои политические взгляды в соответствии с моими. Всю свою жизнь он был республиканцем (это я знал), и он попытался в последние месяцы принять более либеральную точку зрения, потому что он знал, что я склонен к этому взгляду. Я спросил его, как он узнал, что я либерал и антиреспубликанец. Тогда он рассказал, что когда он говорил что-нибудь похвальное о политиках-республиканцах, я всегда спрашивал его об ассоциациях. С другой стороны, когда он говорил что-то враждебно о республиканцах, я продолжал молчать, как бы соглашаясь. Когда он говорил добрые слова о Рузвельте, я не отвечал ничего. Когда же он нападал на Рузвельта, я, бывало, спрашивал, кого тот ему напоминает, как будто я утверждал, что ненавидеть Рузвельта — инфантильная черта.

Я был захвачен врасплох, потому что совершенно не осознавал этого паттерна. Тем не менее я был вынужден согласиться, что в тот момент, на который указал пациент, я сделал именно это, хотя и неосознанно. Затем мы приступили к работе над тем, почему он чувствовал необходимость принять мои политические взгляды. Это оказалось его способом снискать мое расположение, что было неприемлемо, а также снижало его самооценку и привело к обострению язвенных симптомов и депрессивности. (Сновидение об осле выражало в очень конденсированной форме его враждебность по отношению к демократической партии, которая использует осла в качестве символа, и его негодование по поводу отсутствия у меня проницательности в отношении его затруднений, ведь осел известен своей глупостью и упрямством; оно также отражало его собственный образ.)

Несколько лет назад я лечил пациентку, которая прервала лечение с другим аналитиком после длительного тупикового периода. Непосредственной причиной ее неразрешенного сопротивления было то, что она узнала, что ее предыдущий аналитик — искренне религиозный человек, регулярно посещающий синагогу. Ее друг рассказал ей об этом, и позже пациентка убедилась в этом сама. Пациентка конфронтировала аналитика с этим, но тот отказался подтвердить или опровергнуть этот факт. Он сказал, что, по его мнению, им следовало бы продолжить совместную работу. Но, к сожалению, пациентка стала все более раздражаться из-за его вмешательств и интерпретаций, которые он делал и ранее и которые теперь казались ей направленными на то, чтобы убедить ее принять веру. Это намерение предыдущий аналитик отрицал, тем не менее пациентка сохраняла свой скептицизм. В конце концов она пришла к заключению, что она более не способна эффективно работать с этим аналитиком.

Эта пациентка спросила и меня, религиозен ли я, на что я сказал ей, что не буду отвечать на ее вопрос, потому что, по моему ощущению, любой ответ повлияет на наши отношения. Она согласилась с этим.

> Позже в ее анализе со мной стало ясно, что она предчувствовала, что не может уважать и проходить анализ у того аналитика, который искренне религиозен. Более того, уклончивость прежнего аналитика, после того как она обнаружила этот факт, сделала его фигурой, не заслуживающей доверия.

В обоих случаях контаминация переноса помешала полному развитию невроза переноса и стала источником длительного сопротивления. В обоих случаях черта аналитика, обнаруженная пациентом, была чрезвычайно болезненной и вызывала тревогу. Я полагаю, что очень важно то, как обращаться с данной ситуацией. Наиболее серьезные последствия возникают, когда такие контаминации не распознаются аналитиком. Равно деструктивно, когда аналитик отказывается признать то, что стало известно. Только прямота аналитика и тщательный анализ реакций пациента могут исправить такие нарушения инкогнито аналитика.

Нет сомнений, что чем меньше пациент реально знает о психоаналитике, тем легче он сможет заполнить чистые места с помощью своей фантазии. Более того, чем меньше пациент в действительности знает об аналитике, тем легче аналитику убедить пациента в том, что его реакции являются смещениями и проекциями. Однако следует иметь в виду, что сохранение инкогнито аналитика — вопрос относительный, поскольку все в кабинете аналитика и в его заведенном порядке работы раскрывает что-то о нем. Даже намерение аналитика оставаться анонимным рассказывает о нем. Более того, холодное или чрезвычайно пассивное поведение аналитика мешает развитию рабочего альянса. Как может пациент позволить своим самым интимным фантазиям проявиться по отношению к аналитику, который демонстрирует только эмоциональную невовлеченность или ритуальное следование правилам и установкам? Верно, что знание об аналитике может затруднить развитие фантазий переноса, но строгая отчужденность и чрезмерная пассивность делают развитие рабочего альянса почти невозможным. Они продуцируют невроз переноса, который может быть интенсивным, но трудным и неподатливым.

Гринейкр зашла так далеко, что предложила аналитикам скрываться от глаз публики, чтобы их образ не ассоциировался с какими-либо социальными, политическими или научными реалиями (Greenacre, 1954, p. 681–683, 1966b). Однако, живя длительное время в обществе, трудно оставаться в тени и быть неузнанным. Та же самая проблема имеет место, когда тренинг-аналитики пытаются анализировать кандидатов в своем же собственном институте, — это часто вызывает сложности. Тем не менее это не всегда создает препятствия, не доступные анализу. Психоаналитики, известные в данном обществе, также вызывают контаминированный перенос, с которым нужно бороться. Пациенты часто приходят на первые интервью с уже установившимися реакциями переноса, основанными на репутации аналитика и фантазиях

пациента. Аналитики, которые становятся предметом публичного обсуждения, не только противоречат представлению об аналитике как зеркале, но и предлагают тем самым различные способы удовлетворения переноса для пациента. Тем не менее анализ в таких случаях возможен, если аналитик имеет в виду эту проблему. Контаминированный материал переноса должен привноситься в анализ как можно раньше и последовательно, и реакции пациента на такую информацию должны быть тщательно проанализированы. (Проблема тренинг-аналитиков гораздо сложнее; в данном случае аналитик имеет реальную власть над дальнейшей профессиональной карьерой кандидата.)

Однако следует отметить, что многие пациенты обладают чрезвычайно развитой интуицией и получают обширные знания об аналитике, просто из ежедневной работы с ним. Кто-то раньше, кто-то позже, но в конечном счете все пациенты получают довольно много сведений о своем аналитике. Вне зависимости от источника все эти знания должны быть предметом анализа, как только они становятся проводниками бессознательных фантазий (см. раздел 3.6).

«Правило зеркала», однако, представляет собой опасность для установления рабочего альянса, если оно доводится до крайности. Сам Фрейд говорил, что первой целью анализа является установление раппорта с пациентом, а это может быть сделано только в случае принятия установки «сочувствующего понимания» (1913b, p. 139–140). Дальнейшее обсуждение данного вопроса приведено в разделе 3.543.

3.922. ПРАВИЛО АБСТИНЕНЦИИ

Фрейд (Freud, 1915a) дал важную рекомендацию о том, что при лечении у пациента следует поддерживать состояние абстиненции. Он говорил очень ясно: *«Аналитическое лечение следует проводить, насколько это возможно, в условиях лишения, в состоянии абстиненции»* (Freud, 1919a, p. 162). «Хотя это может показаться жестоким, — добавляет Фрейд, — но мы должны следить за тем, чтобы страдание пациента, в той степени, в которой оно так или иначе является эффективным, не подходило к концу преждевременно» (p. 163). Симптомы пациента, которые побуждают его к лечению, состоят частично из отвращаемых инстинктивных импульсов, ищущих удовлетворения. Эти инстинктивные импульсы обращаются на аналитика и аналитическую ситуацию, пока аналитик избегает предоставления пациенту замещающих удовлетворений. Длительная фрустрация заставит пациента регрессировать так, что весь его невроз будет повторно прожит в переносе, в неврозе переноса. Однако предоставление удовлетворений, замещающих симптомы, лишит пациента его невротического страдания и мотиваций продолжать лечение (Glover, 1955, p. 167; Fenichel, 1941, p. 29–30).

Правило абстиненции было неправильно понято и истолковано в том смысле, что пациенту запрещается получение наслаждений от любых инстинктивных удовлетворений во время анализа. В действительности Фрейд пытался предохранить пациента от преждевременного «бегства в здоровье» и эффекта так называемого «лечения переносом».

Для того чтобы обеспечить сохранение адекватной мотивации: а) психоаналитику необходимо последовательно указывать пациенту на инфантильные и нереалистичные черты инстинктивного удовлетворения, которые пациент пытается получить; б) быть уверенным, что аналитик никоим образом сознательно или бессознательно не удовлетворяет инфантильные, невротические, инстинктивные потребности пациента. Пункт б подробно рассматривается нами в данном обсуждении того, как обеспечить развитие переноса.

Любые удовлетворения переноса, которые не были выявлены и должным образом проанализированы, мешают оптимальной эволюции невроза переноса пациента. Одним из наиболее частых последствий этого является фиксирование реакций переноса пациента. Например, аналитики, которые проявляют по отношению к пациентам постоянную теплоту и эмоциональную чуткость, будут обнаруживать, что их пациенты имеют тенденцию реагировать длительным позитивным и покорным переносом. Пациенты таких аналитиков будут испытывать затруднения в том, чтобы позволить себе развить негативный, враждебный перенос. Такие пациенты могут формировать быстрый, но шаткий рабочий альянс, а затем испытывать тревогу по поводу того чтобы позволить своим реакциям переноса углубиться и расшириться за пределы ранней позитивной и покорной фазы. Удовлетворения переноса, которые они получают от добросердечного аналитика, продлевают их зависимость от таких способов получения удовлетворения и заставляют их отвращать негативный перенос.

С другой стороны, аналитики, которые имеют тенденцию быть отчужденными и жесткими, будут часто обнаруживать, что их пациенты быстро и устойчиво формируют негативные и враждебные реакции переноса. В таких ситуациях пациентам может быть трудно глубоко вовлечься в другие реакции переноса. Их недоверие к аналитику не позволит неврозу переноса развиться полно и широко. Если анализ длится достаточно долго, эти пациенты могут затем развить садомазохистские отношения переноса, которые могут быть интенсивными, но при этом сами окажутся сопротивлением и самому анализу, и изменениям в жизни пациента.

> Я недавно начал лечить пациентку, которая более шести лет проходила анализ в другом городе. Жалобы молодой женщины едва изменились, несмотря на проделанную упорную работу со стороны пациента и аналитика. В отношениях аналитика и пациентки, должно быть, было что-то такое, что мешало работе, я понял это, когда пациентка

> старалась дословно цитировать длинные интерпретации своего предыдущего аналитика, которые он давал ей. Например, однажды я спросил ее, знает ли она, что заставляет ее быть такой уклончивой на данной сессии. Она сразу ответила, что, возможно, это была попытка кастрировать меня за то, что я отказался удовлетворить ее потребность в зависимости на последней сессии. Я попросил ее объяснить, что это в действительности означает, она пришла в волнение, и в конце концов сказала, что не уверена, но это было примерно то, что ее предыдущий аналитик часто говорил ей. Она не хотела просить прояснить это, потому что аналитик в подобных ситуациях ранее поддразнивал ее и был саркастичен. Он, бывало, говорил что-нибудь вроде: «Жаль выбрасывать на ветер ваши деньги, если вы приходите и не слушаете», — или: «Возможно, вы вспомните, если я не удовлетворю также и эту вашу потребность в зависимости».

Существуют и другие формы трансферентного удовлетворения и провокаций, которые могут возникать из бессознательного желания аналитика быть гидом, ментором или родителем пациента. Это обычно ведет к тому, что аналитик дает советы, проводит небольшие беседы, чрезмерно успокаивает пациента или чрезмерно заботится о нем.

Более серьезные осложнения возникают, когда аналитик сознательно или бессознательно становится соблазнителем. Это не только пробуждает инцестуозные желания пациента, но и приносит вместе с ними чувство сильной вины и длительную сверхидеализацию аналитика. Когда в конце концов все это разрушается, остаются сильный гнев и тревога (Greenacre, 1966b).

Я могу подвести итог этой части обсуждения, сказав, что аналитику следует быть бдительным, чтобы не удовлетворять инфантильных инстинктивных желаний пациента, потому что это предотвратит полное развитие невроза переноса. Вследствие этого пациент либо прервет лечение, либо анализ зайдет в тупик и окажется бесконечным.

Однако правило «абстиненции», доведенное до крайности, оказывается в конфликте с установлением рабочего альянса. Хотя клинические данные подтверждают, что необходимой предпосылкой для регрессивных реакций переноса является последовательная фрустрация инфантильных желаний пациента, чрезмерная фрустрация пациента также приводит к бесконечному анализу либо к его прерыванию (см. Stone 1961, p. 53; Glover, 1955, p. 88—107; Fenichel, 1941, p. 74; Meninger, 1958, p. 53—58). Одной из наших фундаментальных технических задач является совмещение этих двух групп прямо противоположных условий (Greenson, 1966), что необходимо рассмотреть более детально, поскольку эти условия предъявляют необычные требования к аналитику и пациенту.

Важно осознавать, что тот способ, которым классический психоаналитик регулирует взаимоотношения между собой и пациентом, является одновре-

менно уникальным и искусственным и сильно отличается от того, как обычно люди относятся друг к другу. Это неравные отношения, в которых от пациента ждут, что он позволит себе чувствовать и выражать все свои сокровенные эмоции, импульсы и фантазии, тогда как аналитик остается относительно анонимной фигурой (Greenacre, 1954, p. 674; Stone, 1961, p. 80). На ранних стадиях анализа и затем, время от времени, пациент будет протестовать против неравенства ситуации (если он не жалуется на это, следует искать причину). Жалобы пациента должны быть, прежде всего, проанализированы, но при этом аналитику не следует отрицать искусственности или неравенства отношений. По моему мнению, пациент имеет право на объяснение причин того, почему аналитик поддерживает такие отношения. Я не думаю, что этим можно пренебрегать, потому что у пациента *есть потребность* в том, чтобы его права были защищены. Аналитическая процедура неизбежно является болезненным, односторонним, унижающим переживанием для пациента. Если мы хотим, чтобы он проявлял себя как независимое человеческое существо и работал с нами как сотрудник, мы не можем постоянно унижать его, не объясняя те приемы, которыми мы пользуемся, относиться к нему, как к ребенку, а затем ожидать, что он станет зрелым индивидуумом. Так же, как важно гарантировать ситуацию переноса, важно гарантировать права и чувство собственного достоинства пациента. Я проиллюстрировал эти моменты на различных клинических примерах в разделе 3.5.

Наиболее яркий и, возможно, наиболее иллюстративный пример важности гарантирования прав пациента — это случай мистера З.[1] Несколько лет прохождения этим молодым человеком анализа у другого аналитика были относительно непродуктивны. Некоторые трудности были связаны с той атмосферой, которую его первый аналитик создал своей манерой работы. Когда на одной из первых сессий молодой человек на кушетке достал сигарету и зажег ее, я спросил его, как он чувствовал себя, когда решил зажечь сигарету. Он ответил, что ему не полагалось курить во время его предыдущего анализа, и он полагал, что я также буду запрещать это. Я сразу же сказал ему, что все, что я хочу — это знать, какие чувства, мысли и ощущения пришли к нему в тот момент, когда он решил зажечь сигарету.

На следующей сессии пациент спросил меня, женат ли я. Я ответил на это вопросом о том, какие у него есть фантазии об этом. Позже я объяснил и продемонстрировал ему ценность того, что я не отвечал на его вопросы. Пациент потом рассказал, что его первый аналитик никогда не отвечал не множество вопросов, которые возникали в начале его предыдущего анализа, и не потрудился объяснить, почему он молчит.

---

[1] См. разделы 2.52; 2.54; 2.71; 3.531; 3.711.

> Он переживал молчание своего аналитика как унижение и теперь осознал, что его собственное молчание было платой за воображаемую несправедливость. Несколько позже он увидел, что идентифицировался с предполагаемым презрением своего первого аналитика. Он испытывал презрение к ханжеству своего аналитика, но в то же самое время был переполнен тяжкими самоупреками за собственную сексуальную практику, эти самоупреки он тогда проецировал на аналитика. Более полно вопрос о том, когда пациент имеет право на объяснение, будет обсуждаться во втором томе.

Аналитику необходимо чувствовать определенную близость к пациенту, чтобы с помощью эмпатии иметь возможность понять самые интимные детали его эмоциональной жизни; вместе с тем аналитик должен уметь в достаточной степени отстраняться для бесстрастного понимания материала пациента. Это одно из наиболее трудных требований психоаналитической работы — чередование между временной и частичной идентификацией, эмпатией и возвращением на отдаленную позицию наблюдателя, «оценивателя». Для аналитика не должно существовать такой области жизни пациента, куда он не может быть допущен, но эта интимность не должна приводить к фамильярности. Отвечать эмоционально и инстинктивно на интимные потребности другого человеческого существа — естественная тенденция, но эти отклики аналитика должны служить главным образом пониманию пациента, они не должны навязываться пациенту. Симпатия аналитика или чрезмерное сочувствие, показанные пациенту, могут быть восприняты либо как трансферентное вознаграждение, либо как наказание. Это исказит анонимную зеркальную поверхность, которая нужна аналитику для того, чтобы продемонстрировать, что реакция пациента действительно является реакцией переноса. Но если при этом аналитик не проявляет никакого сочувствия пациенту, можно ли ожидать, что тот раскроет самые интимные, самые уязвимые аспекты своей эмоциональной и интеллектуальной жизни?

Ответить на этот вопрос довольно сложно. Именно терапевтическое обязательство аналитика по отношению к пациенту должно лежать в основании всего того, что он делает. Оно не обязательно должно выражаться в словах, нужно, чтобы разумное Эго пациента почувствовало его.

Аналитик является врачевателем невротической болезни, а не просто исследователем или сборщиком данных. Анализ является ситуацией лечения, а анализируемый — пациентом. Для того, чтобы возникла эмпатия, мы должны до некоторой степени почувствовать те же самые эмоции и импульсы, которые чувствует пациент. Вместе с тем демонстрация этого понимания не должна вызывать страха у пациента. Мы собираем данные, используя эмпатию, но наш ответ должен быть сдержанным. Наша задача состоит в колебании между противоположными позициями или в совмещении их:

позиции вовлеченного человека, испытывающего эмпатию и позиции бесстрастного сортировщика и осмыслителя данных; сдержанного, но сочувствующего проводника инсайта и интерпретаций. Это и есть в сверхупрощенном и сжатом виде определение искусства и науки психоаналитической терапии.

Соблюдая правило сохранения инкогнито и воздерживаясь от удовлетворения переноса, аналитик сможет гарантировать развитие реакций переноса пациента. Однако компетентный психоаналитик является также и человеческим существом со своими недостатками и ограничениями. Я сомневаюсь, что какой-нибудь аналитик может сохранять постоянное сочувствие и заботу в комбинации со сдержанностью в течение многих лет без какого-нибудь случайного ляпсуса. Но для психоаналитической техники существенно, чтобы аналитик осознавал свои недостатки. Он должен быть особенно бдителен в тех ситуациях, которые, как он знает, потенциально трудны для него. Если же какая-то ошибка уже имеет место, то она должна быть осознана аналитиком, и в подходящее время следует признать ее перед пациентом. После этого реакции пациента на ошибки аналитика должны быть тщательно проанализированы.

Одной из опасностей является тенденция истолковывать влияние ошибки благоприятно и признание только в том, что такая ошибка имела место. Другой опасностью является переоценивание значительности ошибки и попытка из-за чувства вины дать какую-то компенсацию пациенту вместо того, чтобы тщательно проанализировать его реакции. Когда ошибка совершается неоднократно, это показывает, что: а) аналитик нуждается в анализе причин этого; и б) возможно, пациента следует передать другому аналитику (см. раздел 3.10.4).

Гарантирование переноса пациента при одновременном способствовании развитию рабочего альянса предъявляет самые строгие требования к проведению классического психоанализа. Гринейкр права, говоря о том, то психоанализ — это суровый надсмотрщик (Greenacre, 1954, p. 684). Психоаналитик, кроме того, что он постоянно должен быть очень внимателен к тому, что происходит с его пациентом, должен быть честным и скромным и тщательно исследовать свои собственные личностные реакции.

Подведем итог: перед аналитиком стоят одновременно две задачи, которые, в сущности, противоположны друг другу. Он должен гарантировать развитие как невроза переноса, так и рабочего альянса. Для того чтобы гарантировать перенос, он должен сохранять свою анонимность и депривирующее отношение к невротическим желаниям пациента. Для того чтобы гарантировать рабочий альянс, он должен охранять права пациента, выказывать последовательное терапевтическое отношение и вести себя гуманно. Эти требования чрезвычайно важны. Случающиеся ошибки следует осознавать и таким образом делать предметом анализа.

3.93. Когда мы анализируем перенос?

3.931. Когда он является сопротивлением

Из нашего предыдущего обсуждения переноса и сопротивления стало ясно, насколько тесно могут быть переплетены эти два явления. Одни реакции переноса вызывают сопротивления, другие — проявляются как сопротивления, третьи — служат сопротивлениями против других форм переноса, и, наконец, некоторые сопротивления служат для отвращения реакций переноса. Важный технический момент состоит в том, что во всех случаях, когда любого рода реакция переноса противодействует аналитической работе, когда ее преобладающей функцией является сопротивление или когда она служит в большой степени, если не в основном, целям, препятствующим анализу, тогда она должна быть проанализирована.

Это правило, однако, должно быть модифицировано в соответствии с нашими знаниями о рабочем альянсе. Мы анализируем сопротивление переноса, только когда присутствует разумное Эго и рабочий альянс. Если сопротивление переноса значительно, но не поддается демонстрации, наша первая задача — сделать его демонстрируемым. Другими словами, до того как мы приступим к анализу, мы должны быть уверены, что присутствует разумное Эго и рабочий альянс. Техника здесь та же самая, что была описана и в отношении других сопротивлений.

Обычно *молчания* со стороны аналитика бывает достаточно, чтобы сопротивление переноса стало заметно. Если же это сделать не удалось, тогда *конфронтация* заставляет пациента осознать сопротивление переноса, то есть такие вмешательства, как: «Вы, кажется, избегаете своих чувств ко мне» или: «Вы, кажется, боитесь рассказать мне открыто о том-то и том-то».

Если оба эти метода недостаточны, аналитик может попытаться *интенсифицировать* сопротивление переноса, задавая вопросы, касающиеся той области, обсуждения которой пациент стремится избежать.

> Позвольте мне привести простой пример. После нескольких недель анализа молодая женщина в начале сессии говорит мне, что сегодня утром я выгляжу иначе. «Я могу даже сказать, что вы выглядите привлекательным, что-то вроде этого». После паузы она говорит: она «полагает», что испытывает «позитивные чувства» по отношению ко мне. Затем она начинает говорить тривиальности. Я отмечаю это и предполагаю, что она бежит от чего-то. Она понятия не имеет, что бы это могло быть, и неохотно продолжает обсуждение этого вопроса. Через некоторое время я возвращаю ее назад, к тому моменту, когда она начала убегать, и говорю, что у меня такое впечатление, что избе-

гание началось в тот момент, когда она сказала, что она «полагает», что испытывает «позитивные чувства» по отношению ко мне. Я попросил ее прояснить это для меня, что в действительности она подразумевает под выражением «позитивные чувства» ко мне. Теперь пациентка совершенно замолчала, она скорчилась на кушетке, скрестила ноги и плотно сжала вместе руки. Я мог заметить краску на ее лице. Затем, запинаясь, она начала говорить: «Вы знаете, что я имею в виду, позитивные чувства, вы знаете, я не ненавижу Вас, я полагаю, вы мне скорее нравитесь, что-то в этом роде... вы знаете...» Теперь сопротивление переноса поддавалось демонстрации. Я смог продолжать, задав вопрос: «Почему вам так трудно сказать это мне?» Тогда ее страх быть осмеянной вышел наружу. Затем, успокоенная тем, что я не высмеял ее, она смогла описать свои чувства ко мне в более конкретных выражениях.

Вопрос о демонстрируемости не исчерпывается этим обсуждением. Существует еще элемент интенсивности, который играет важную роль при рассмотрении вопроса о том, «когда мы интерпретируем». Обычно легче продемонстрировать более сильное психическое событие, чем более слабое. Более того, чем больше интенсивность данного явления, тем большую убедительность будет чувствовать пациент, когда он будет конфронтирован с этим. Следовательно, аналитик обычно ждет, пока сопротивление переноса достигнет той интенсивности, которая не позволит отрицать это сопротивление и привнесет чувство убежденности в его наличии. Проблема оптимального уровня интенсивности будет обсуждаться в разделе 3.932.

Какие виды переноса наиболее вероятно продуцируют сопротивления? Ответ на этот вопрос не прост, потому что все виды переноса могут продуцировать значительные сопротивления. Однако существует ряд общих правил, которые весьма обоснованны и полезны. Эго-синтонные реакции переноса продуцируют сопротивления, потому что Эго-синтонность имеет тенденцию предотвращать отщепление наблюдающего Эго пациента, когда аналитик пытается подвести пациента к работе с переносом. Короче говоря, пациент не будет способен развить рабочий альянс в отношении определенных чувств к аналитику. Это может привести к защитному поведению, оправданию или отрицанию пациентом реакции переноса как материала для анализа. Это особенно верно для хронических и неявных реакций переноса. В качестве примера можно привести случай миссис К., описанный ранее в разделах 1.24, 2.651, 2.71, 3.25, 3.42, 3.81, 3.84.

Миссис К. в течение нескольких лет сохраняла идеализированное представление обо мне как о замечательном человеке. Всю боль и лишения психоаналитического лечения она относила за счет психоанализа

как науки. Она чувствовала, что я лишь неохотно, помимо своей воли пользуюсь инструментами этой жесткой и требовательной формы терапии. Мои попытки идентифицировать это расщепление переноса как сопротивление она воспринимала терпеливо, но не верила этому. В действительности она воспринимала это как подтверждение моей скромности. Мои ляпсусы она хранила в памяти как доказательство моей честности и прямоты. Пациентка отказывалась признавать эту длительно не изменяющуюся группу чувств как сопротивление, несмотря на сновидения и обмолвки, с очевидностью показывавшие латентный гнев и ненависть. Она признавала это на словах и соглашалась, что, пожалуй, интеллектуально она может следовать моим идеям, но она не в состоянии почувствовать у себя никакого признака враждебных чувств по отношению ко мне. Только много позже в ходе анализа, когда уменьшился ее страх гомосексуальности и она была способна наслаждаться сексуальной жизнью со своим мужем, она смогла позволить себе почувствовать некоторую глубоко запрятанную ненависть ко мне. Только тогда она действительно смогла рассматривать свою враждебность ко мне с позиции рабочего альянса.

Интенсивные эмоциональные реакции переноса способны также продуцировать сопротивления. Пациенты, терзаемые муками сильной любви или ненависти, могут хотеть просто дать выход этим эмоциям и отказаться от анализа и от получения любого инсайта. Пока эти чувства переполняют пациента или являются Эго-синтонными, пациент стремится к удовлетворению разрядки, к отреагированию. Поиски понимания выходят на передний план только тогда, когда интенсивность переноса уменьшается или он ощущается как Эго-дистонный, чуждый Эго. Интенсивная любовь или ненависть могут быть продуктивными в качестве реакций переноса только в том случае, если рабочий альянс, несмотря на сильные чувства, может быть мобилизован и сохранен.

В целом при прочих равных условиях враждебный, агрессивный, негативный перенос, вероятно, будет продуцировать сопротивление и затруднения для рабочего альянса сильнее, чем чувства позитивные, чувства любви и симпатии. Сексуальные и романтические чувства более склонны вызывать сопротивление, чем дружба или другие десексуализированные разновидности любви. Прегенитальные импульсы будут вызывать большее сопротивление, чем импульсы более зрелые. Мазохизм является сильным источником сопротивления, как и страх пассивных гомосексуальных устремлений и примитивной ненависти к матери у мужчин или зависть к пенису и примитивная материнская любовь у женщин.

Вернемся к техническому вопросу: когда мы вмешиваемся в ситуацию переноса? Первый наш ответ состоит в следующем: мы делаем вмешательство

тогда, когда перенос продуцирует сопротивление; прежде всего мы стараемся убедиться в том, что разумное Эго и рабочий альянс присутствуют, а затем анализируем сопротивление. Не имеет значения, какого качества и интенсивности перенос имеет место: мы вмешиваемся, когда видим признаки значительного сопротивления, когда аналитическая работа непродуктивна, зашла в тупик или эмоционально ненасыщенна. Но существуют и другие ситуации переноса, когда необходимо наше вмешательство.

3.932. КОГДА ДОСТИГНУТ ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ

Другое полезное правило, касающееся вопроса о том, когда мы вмешиваемся в ситуацию переноса, состоит в следующем. Аналитик будет позволять развиваться ситуации переноса до тех пор, пока она не достигнет оптимального уровня интенсивности. Теперь наша задача состоит в определении того, что такое «оптимальный уровень интенсивности». Это не является фиксированной величиной, а зависит от состояния Эго пациента и того, чего аналитик пытается достичь в данный момент. В сущности, мы хотим, чтобы переживание переноса было эмоционально значимо для пациента, но мы не хотим, чтобы он был им переполнен. Мы хотим, чтобы оно воздействовало, но не травмировало.

Обычно аналитик предпочитает, чтобы чувства пациента развивались спонтанно и их сила увеличивалась, пока какое-то сопротивление не помешает аналитической работе или их дальнейшему развитию. Если же сопротивления нет, аналитик будет ждать до того момента, когда интенсивность чувств переноса достигнет уровня, который сделает реакцию переноса неподдельной, живой для пациента, и тогда вмешается. Мы знаем, что эти чувства приносят ощущение убежденности, которому нет равных в процессе анализирования. Меньшие интенсивности реакций переноса могут привести к отрицанию, изоляции, интеллектуализации и другим защитным сопротивлениям. Большие интенсивности могут привести к травматическим состояниям, паническим реакциям, последующим регрессиям и избеганию. Оптимальная интенсивность приводит пациента к осознанию того, что его реакции переноса реальны и значимы. Когда это происходит, пациент готов работать аналитически с реакцией переноса, как с переживанием.

Примером такой ситуации может служить следующий случай. На очень ранней стадии анализа молодая женщина, играючи, поставила вопрос: «Когда мне полагается влюбиться в Вас?» Сам факт, что она задала такой вопрос, говорит о том, что слабый позитивный перенос уже

присутствует, но в тот момент он еще не стал для пациентки животрепещущей реальностью. Если бы я указал ей на то, что сам вопрос показывает, что такие чувства присутствуют, пациентка, весьма вероятно, отрицала бы или наполовину всерьез признала бы это и затем, играючи, продолжила ассоциировать. Именно так обычно происходит с кандидатами, когда они преждевременно анализируют позитивный перенос. В этом случае, как я описывал, я не делал такой интерпретации. Я только спросил, откуда у нее появилась такая мысль. После того как она рассказала, что слышала о том, что это случается, от своей подруги, проходившей анализ, я сказал пациентке, что не существует установленного правила, чтобы какое-то специфическое чувство развилось по отношению к аналитику; все, что ей следует делать, — это позволить своим чувствам приходить произвольно, и мы тогда попытаемся понять ее уникальные и индивидуальные чувства. Вскоре после этой сессии я заметил, что пациентка переживает усиление позитивных чувств по отношению ко мне. Она стала больше заботиться о своей внешности. Входя и уходя, она бросала на меня кокетливый взгляд, в некоторых ее замечаниях был легкий оттенок флирта. Однако поскольку пациентка работала аналитически и поскольку я был уверен, что интенсивность этих чувств увеличится, я не предпринимал попытки анализировать этот перенос в тот момент.

Через несколько дней пациентка заметила, что работа, дом и муж стали меньше интересовать ее. Казалось, что она думает о своем «анализе» почти все время; даже во время полового акта она, бывало, думала о своем «анализе». В этот момент я почувствовал, что интенсивность чувств переноса пациентки была такая, что они стали реальными и яркими и что работа над ними теперь была бы значительным переживанием и продвинула бы анализ. Поэтому в тот момент я вмешался и сказал пациентке, что, как мне кажется, ее чувства ко *мне* входят в ее жизнь; я доминирую в ее жизни, даже в сексуальной. Я поддержал ее в намерении рассказать об этом, потому что это важно. Теперь пациентка начала работать серьезно, удивляясь тому, как сильны стали ее чувства любви ко мне. То, что было прежде, носило оттенок ветрености и игры. Теперь она была готова работать всерьез.

Важно осознавать, что способность пациента выносить сильные эмоции переноса будет сильно изменяться в ходе анализа в соответствии с качеством этой эмоции переноса и силой рабочего альянса. На ранних стадиях анализа пациент может вынести меньшую интенсивность, чем на более поздних. В общем, когда эмоция появляется в переносе впервые, пациент будет способен вынести только относительно небольшое количество этой эмоции до того, как разовьется сопротивление, или он регрессирует. На ранних стадиях анализа необходимо тщательно оценивать, какой уровень эмоционального напряжения пациент может испытывать, чтобы это было для него значимым переживанием.

Преждевременное вмешательство может не оказать на пациента никакого эмоционального воздействия, в этом случае перенос только поможет пациенту интеллектуально обыграть вмешательство. С другой стороны, отсроченное вмешательство может привести к тому, что пациент почувствует эмоцию такой интенсивности, что будет затоплен ею или регрессирует. Для оценки силы Эго в данный момент аналитику необходимо сопереживать пациенту и знать, когда вмешаться. В первое время, когда возникают специфические реакции переноса, мы вмешиваемся раньше. Чем чаще конкретная эмоциональная реакция будет появляться в переносе, тем с большей вероятностью мы будем позволять интенсивности увеличиваться. Конечно, появление сопротивления будет показывать, что необходимо вмешаться. Вместе с тем следует иметь в виду эти общие соображения, если сопротивление не появляется.

Качество реакции переноса также может быть показателем той интенсивности чувств, которую может вынести пациент. Вообще говоря, если реакция переноса инфантильна, следует вмешаться раньше. Некоторые реакции переноса, например, ненависти или гомосексуальные, могут потребовать более раннего вмешательства, чем другие.

Состояние функций Эго пациента и в особенности состояние защит будет также играть роль в определении того, какую интенсивность реакций переноса может вынести пациент. Внезапное проявление новых чувств переноса, которые приводят пациента в недоумение и вызывают тревогу и стыд, будут требовать более раннего вмешательства, чем те чувства переноса, которые переживались прежде. Пациент больше склонен переполняться интенсивными чувствами переноса, когда его Эго истощено каким-то внешним событием. Болезнь ребенка, которая вызывает чувство вины и неосознанную враждебность, может являться таким событием.

Другое соображение, касающееся оптимальной интенсивности реакций переноса, состоит в следующем: как долго предстоит пациенту бороться с этими чувствами переноса до следующей сессии? Другими словами, оптимальная интенсивность будет также зависеть от частоты визитов и того, насколько близок будет следующий визит пациента. Перед каникулами или уикендами аналитику следует вмешиваться раньше и предупреждать слишком интенсивные реакции переноса по сравнению с тем, как бы мы поступили, если бы пациент пришел на аналитическую сессию на следующий день. Это важный довод в пользу пяти психоаналитических сессий в неделю. Если мы видим нашего пациента ежедневно, мы можем позволить проявиться интенсивным реакциям переноса, что приведет нас в прошлое, к наиболее важным событиям инфантильного невроза. Если же пациенты наблюдаются с такой частотой, что за каждой сессией следует интервал (скажем, три раза в неделю), то они познают, что интенсивные реакции переноса могут быть травматическими. Это горькое переживание, и они не будут позволять себе развивать такие

интенсивные чувства. Как следствие, их невроз переноса никогда не достигнет желаемой интенсивности, и некоторые аспекты инфантильного невроза никогда не будут достигнуты и разрешены.

3.933. НЕКОТОРЫЕ ПОПРАВКИ И УТОЧНЕНИЯ

Иногда обращение внимания на малейший признак переноса может быть для пациента значимым переживанием. Это может наблюдаться в случае, когда наряду с какой-либо умеренно сильной реакцией переноса аналитик обнаруживает намек на другую реакцию переноса противоположной окраски. Например, пациент проявляет довольно интенсивный позитивный перенос, и при этом аналитик может улавливать полутона враждебности. Если перенос любви используется как сопротивление против осознания нижележащей враждебности, аналитик может интерпретировать функцию сопротивления позитивного переноса. Однако это может быть не сопротивление, а самое первое проявление некоторой ранее не высказанной амбивалентности. В таких ситуациях правильнее было бы указать пациенту признаки этой враждебности. Это зависит от состояния рабочего альянса, от желания пациента осознать небольшую интенсивность чувства переноса и от его готовности исследовать его. Если условия рабочего альянса таковы, что конфронтация приведет только к отрицанию и отвержению, то будет лучше подождать большей интенсивности реакции переноса или того момента, когда сопротивление будет поддаваться демонстрации.

Бывают случаи, когда аналитик указывает пациенту на длительное отсутствие специфических реакций переноса. Это также может быть эмоционально значимым переживанием, если отсутствие чувства является заметным и поразительным для пациента. Тогда ясно, что присутствует сопротивление переноса, а это требует анализа, как описывалось выше. Важно отказаться от интервенций на довольно длительный период, так, чтобы конфронтация оказала воздействие и стала убедительной для пациента. Преждевременная интерпретация всегда ведет к увеличению сопротивления и тенденции превратить аналитическую работу в интеллектуальную игру.

Иногда оптимальной интенсивностью будет не умеренная сила чувства переноса, а чрезвычайно высокий ее уровень. Это случается чаще всего к концу анализа, когда пациент уже неоднократно переживал реакции переноса умеренной интенсивности, но еще не переживал реакции переноса экстремальной интенсивности, которая исходит с вершин инфантильного невроза. Аналитик должен распознавать ситуации, когда необходимо позволить умеренным реакциям переноса увеличить свою интенсивность для того, чтобы дать возможность пациенту почувствовать большую силу инфантильных

чувств. Пациента следует поддержать в том, чтобы он позволил этому произойти, чтобы эти ранние инфантильные эмоции могли выйти на арену анализа. Для того чтобы это случилось, необходима способность к регрессии, которая будет иметь место как следствие переполнения эмоциями. Но у пациентов, имеющих хороший рабочий альянс, это будет только временная регрессия и ценное терапевтическое переживание.

> Позвольте проиллюстрировать сказанное. На пятом году анализа пациентка начала сессию с описания того, как она была ажитирована, уходя с предыдущей сессии, которая закончилась моей интерпретацией, что она скрывает свою зависть к пенису и что она боялась признаться мне в том, что этот вопрос действительно беспокоит ее. Она ощутила одновременно гнев и возбуждение, когда пришла домой. Она провела беспокойную ночь и пришла на сессию со своеобразной смесью боязни и рвения. Она действительно боялась свободно ассоциировать на этой сессии; она чувствовала себя так, будто теряет контроль над собой. Она боялась, что может завизжать или, возможно, вскочить с кушетки и сделать что-нибудь со мной.
>
> Мое молчание, которое обычно придавало ей уверенность, не успокоило ее. По мере того как ее ажитация возрастала, я решил, что необходимо сказать ей, что она может позволить себе дать волю своим чувствам. Я не позволю, чтобы с ней случилось что-нибудь ужасное. Пациентка корчилась, ломала руки и покрывалась испариной. Она начала кричать на меня: «Я ненавижу вас, я ненавижу вас. Это все ваша вина. Я хочу ваш пенис, он мой». Она остановилась, положила свои руки на область лобка и сказала: «У меня ужасное желание помочиться, намочить все вокруг, просто чтобы показать вам, что я могу сделать это... Просто, чтобы показать, как я ненавижу вас и презираю вас... это все ваша вина... Я хочу ваш пенис, он действительно принадлежит мне, он мой, я собираюсь взять его, отобрать его... пожалуйста, дайте его мне, пожалуйста, пожалуйста, я умоляю вас...» Потом она истерически разрыдалась. После нескольких минут молчания я смог интерпретировать для нее, как она повторно прожила со мной до сих пор вытесненный фрагмент своего инфантильного невроза, глубоко скрытый компонент ее инфантильной зависти к пенису.

3.934. КОГДА НАШЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО БУДЕТ ДОБАВЛЯТЬ НОВЫЙ ИНСАЙТ

До сих пор мы рассматривали два показателя, определяющих, *когда* мы вмешиваемся в ситуацию переноса: 1) когда работает сопротивление переноса; 2) когда достигнут оптимальный уровень интенсивности чувств

переноса. Два эти случая могут иногда перекрываться, а могут проявиться и поодиночке. То же самое верно и в отношении следующего: 3) мы вмешиваемся для того, чтобы дать пациенту новый инсайт о ситуации переноса. Новый инсайт может появиться в то время, как мы пытаемся анализировать сопротивление переноса, или только после того, как достигнута оптимальная интенсивность переноса. Однако существуют такие трансферентные ситуации, требующие вмешательства, когда вопросы о сопротивлении или об интенсивности реакции переноса не имеют решающего значения. Я отношу сюда те ситуации переноса, которые, будучи ясны аналитику, в то же время скрыты от пациента, но значение которых становится доступным для пациента, если аналитик скажет о своем понимании, предоставив пациенту возможность нового инсайта.

Проблемы прояснения и интерпретирования явлений переноса, в сущности, не отличаются от прояснения и интерпретирования любой другой продукции пациента. Это будет более систематично обсуждаться в разделе 3.943 по интерпретации переноса. Для наших текущих целей я сейчас ограничу это обсуждение вопросом: когда мы чувствуем, что можем привнести новый и значимый инсайт в ситуацию переноса? Существуют два существенных обстоятельства: состояние рабочего альянса пациента; и ясность материала, на основе которого должны осуществляться интерпретации и прояснение. Состояние разумного Эго пациента будет определяться природой и количеством сопротивлений — эту проблему мы уже обсуждали. Ясность трансферентного материала, который анализируется, зависит от различных факторов. Одним из наиболее важных элементов является интенсивность и сложность аффектов и влечений по отношению к аналитику. Это также уже обсуждалось.

> Случай пациентки миссис К., которую я уже упоминал[1], очень хорошо иллюстрирует эту проблему. Пациентка имела разумное Эго и развила рабочий альянс на ранней стадии анализа. Она хорошо и эффективно работала со своими сексуальными и романтическими чувствами переноса ко мне. Она имела сильные сопротивления и отыграла некоторые из своих чувств, но никогда не позволяла им достигнуть такой степени, чтобы подвергать опасности свою жизнь или анализ. Гораздо труднее было добраться до примитивной враждебности ко мне, которая представляла значительно большую угрозу для нее и для анализа. Одно время в ходе этой фазы у нее появилась склонность к несчастным случаям, она чуть было не попала в опасную автомобильную аварию. Раньше она никогда всерьез не рассматривала возможность прекращения анализа, до тех пор пока на пятом году

[1] См. разделы 1.24, 2.651, 2.71, 3.25, 3.42, 3.81, 3.84, 3.931.

анализа не начала проявляться орально-садистическая враждебность ко мне. Одним из факторов, осложняющих анализ и разрушающих рабочий альянс в этой фазе, было то, что во время проявления ее глубоко сидящей враждебности ко мне и ко всем мужчинам она все еще боролась с сильными орально-садистическими и гомосексуальными влечениями по отношению к своей матери.

К счастью, осуществленная нами ранее работа позволила ей достигнуть и поддерживать относительно устойчивые и удовлетворительные гетеросексуальные отношения. Более того, она имела доставляющие радость и вознаграждение отношения со своей маленькой дочерью. Два эти достижения плюс память о нашем прошлом рабочем альянсе поддерживали ее колеблющиеся рабочие отношения ко мне и сделали ее способной прорабатывать негативный перенос.

Сейчас я хотел бы кратко описать другие характеристики трансферентного материала пациента, которые служат показаниями для привнесения новых инсайтов. Я отношу сюда обнаружение сильных аффектов, противоречий, повторений, сходств, символизма и ключевых ассоциаций в продукции пациента, что может дать важные ключи к новым значениям переноса. Следующие простые клинические примеры это проиллюстрируют.

3.9341. Сильные аффекты

Время для интерпретации переноса наступает тогда, когда реакции переноса содержат самые сильные аффекты по сравнению с остальным материалом пациента. Когда мы слушаем пациента, мы должны решить, какой объект или ситуация владеет наибольшим количеством аффекта. Мы всегда будем интерпретировать аспект переноса, если нам кажется, что он несет достаточно большое количество аффекта. Аффекты во время аналитической сессии являются более надежными показателями, чем аффекты в сновидениях. Отсутствие аффектов тогда, когда аналитик ожидает их, также показывает, что должна быть выполнена некоторая аналитическая работа. То же самое верно в отношении неуместных аффектов.

Например, пациент тратит большую часть сессии, рассказывая о своей работе и о своем страхе потерять ее; хотя он работает хорошо, его шеф, как кажется ему, прохладно относится к нему. Он не знает причины этого, он делает все, что в его силах. Он также беспокоится о своем браке: хороший ли он муж, хороший ли он отец, думает ли его жена о других мужчинах? Потом он рассуждает о том, какое это счастье, что он проходит психоаналитическое лечение; он избавится от своих торможений, тревожности и не будет излишне расстраиваться все время. Ближе

к концу сессии он замечает, что вчера, во время ленча встретил своего старого друга. Они поговорили о множестве вещей. Он рассказал приятелю, что он проходит анализ у Гринсона, и тот сказал, что слышал, будто Гринсон часто прекращает анализ, если пациенты не работают. Но он, пациент, знает, что это не может быть правдой; ведь если пациент не может упорно работать в анализе, это вызвано сопротивлениями, которые должны быть проанализированы. Аналитик не наказывает пациента и не вышвыривает его. Молчание.

Я мог определить изменение тона пациента во время сессии. Сначала его голос звучал как-то депрессивно, как хныканье, но только слегка. Когда он перешел к рассказу о своем друге и Гринсоне, его голос стал громче, почти шутливым, но натянутым. Я мог видеть пот, выступивший на его лбу. Когда он замолчал, он вытер руки о брюки так, будто они были мокрые. Для меня было ясно, что в тот момент больше всего, больше, чем потерять свою работу или жену, он боялся потерять меня, своего аналитика, и я сказал ему это. Тогда он вспомнил, что был шокирован, услышав, что аналитик может вышвырнуть пациента. Это никогда не приходило ему в голову раньше. Тогда он попытался выбросить это из головы, как абсурд. Он остановился и спросил, полный опасений: «Это правда, что аналитики предлагают пациентам уйти?»
Я попросил его рассказать мне о том, что ему представляется в связи с этим. Он замолчал на некоторое время, а затем его ассоциации привели к пасторальной сцене бескрайних лугов, тишины и покоя, но в отдалении видны тучи, темные, клубящиеся облака. Это напоминало об английском художнике Тернере, чьи картины кажутся такими мирными на первый взгляд, но при внимательном изучении представляются зловещими. В этот момент я вмешался и сказал: «В первый момент кажется абсурдным, что Гринсон может «вышвырнуть» пациента, но при рассмотрении эта мысль становится пугающей».

3.9342. Противоречия

Пациентка около года имела сильный позитивный отцовский перенос на меня с эдиповыми и фаллическими чертами. Во время этого периода были засвидетельствованы случаи ее сильной враждебности, ревности и неприязни к матери. В ряде сессий она сравнивала своего мужа и меня, причем сравнение было в мою пользу. Его она называла грубым, бесчувственным, даже жестоким. Я же казался ей мягким, чувствительным, внимательным. Несмотря на это, она отмечала, что я также силен, смел и одарен богатым воображением. Она восхищалась маскулинными мужчинами, которые были нежными и стремилась к ним. Любовь — больше, чем секс, жить — больше, чем иметь оргазмы. Она хотела быть любимой как целое, вся, в «целой оберт-

ке». Она хотела мужчину, который бы просто прижимал ее к себе, рот ко рту, грудь к груди. Он бы сжимал ее в своих объятиях, гладил ее, и она бы впитывала его тепло. В этот момент я интерпретировал для пациентки, что, хотя и кажется, что она предпочитает мужественного мужчину, есть у нее и устремления к таким качествам во мне, которые она воспринимает женственными и теплыми. Это вмешательство было началом ее осознания прегенитальных устремлений ко мне как к ее матери.

3.9343. Повторения

На аналитической сессии пациент начинает рассказывать о том, что семейный доктор стал труднодосягаем, он кажется таким занятым, у него нет прежнего интереса к пациенту. Затем он переходит к печальному состоянию образования в Соединенных Штатах; слишком мало людей хотят стать учителями, слишком многих интересует, как делать деньги и т. д. От этого пациент перешел к рассказу о своем отце, который, хотя и оставался в браке с его матерью, был совершенно очевидно неверен ей, но лицемерно принимал позу столпа общества. Затем пациент замолчал. Я вмешался и спросил его: «И что вы боитесь узнать обо мне?» После слабых протестов пациент сказал, что его ужасает возможность услышать мое имя вне сессий из-за страха, что он может узнать что-нибудь разочаровывающее.

3.9344. Сходства

Уступчивый и послушный пациент описывает во время аналитической сессии, как у него испортилось настроение из-за приятеля. Они вместе ехали на машине почти час, и пациент старался вовлечь приятеля в беседу, но тот молчал и только ворчал и отказывался разговаривать. Какое самомнение, какая холодность, какое невнимание к другим! Он все больше и больше давал волю своей ярости. Когда он успокоился, я отметил, что я также провожу с ним почти час, редко вступая в «беседу», за исключением случайных ворчаний. Пациент отреагировал коротким смехом и замолчал. После длительной паузы он улыбнулся и сказал, уступая: «Да, вы поняли меня». И добавил со смехом: «Вместе в течение почти целого часа, без беседы, просто ворча, отказываясь разговаривать — да, вы, кажется, поняли суть». Тогда я ответил: «Вы были способны выразить реальный гнев по отношению к своему другу, но, по-видимому, вы не способны рассердиться на меня за то же самое». Пациент перестал улыбаться и начал работать.

3.9345. Символизм

Пациенту снится, что он в книжной лавке смотрит на какие-то старые книги. Он выбирает одну из них в коричневом кожаном переплете, но не может сказать, где ее начало, а где конец. Когда он открывает книгу, из нее выпрыгивает зеленый жук. Он пытается убить его газетой, но крылья жука продолжают трепетать. Это испугало его, и он проснулся. Ассоциации пациента привели его к «*Превращению*» Кафки: может быть, и он, пациент, превращается из-за анализа в жука — отвратительное создание. До лечения жизнь казалась проще, теперь он приобрел так много новых страхов. Когда он пришел на анализ, он осознавал только то, что он не способен влюбиться в девушку. Затем сначала он обнаружил, что фиксирован на матери, а потом — и на отце. В последнее время у него было снижено сексуальное желание, является ли это страхом привнесения секса на сессию? Кожаный переплет той книги был похож на кожаный блокнот на моем столе, а цвет был точно такой же, как у моей записной книжки. Он не боится насекомых, разве что по ночам, когда он их не видит, а только чувствует их прикосновение. Иногда, по вечерам, читая в постели, он ощущает трепет крыльев мотылька рядом со своим лицом. Это и жутко, и приятно. Это дает ему ощущение чего-то трепещущего, вдруг появившегося перед ним — удивительное чувство, почти как возбуждение. И вместе с тем пугающее, потому что он не знает, откуда оно идет. Трепетание подобно моменту эякуляции и оргазма. То, что он не знает, где начинается книга — «спереди или сзади», напомнило, что иудеи читают книги с конца, «сзада наперед», а также то, что я аналитик-еврей, тогда как его первый аналитик не был евреем.

Я полагаю, что этот фрагмент указывает через символы и ассоциации на борьбу стремлений *навстречу* и *против* гомосексуального переноса. Во многих предыдущих снах оказывалось, что «green» — зеленый — символизировало Гринсона — Greenson. Я указал ему на то, что он, как кажется, пытается убить свои «трепещущие» сексуальные чувства к Гринсону, потому что они являются пугающим элементом его жизни; они идут откуда-то сзади. Он сказал, что он часто чувствует трепет волнения, когда я начинаю говорить позади кушетки.

3.9346. Ключевые ассоциации

Иногда наиболее важный ключ к тому, должны ли мы интерпретировать перенос и какой его аспект исследовать, дается какой-то единичной ассоциацией. Некоторые ассоциации имеют преимущества перед другими, потому что они ведут и открывают новые важные области исследования, даже несмотря на то, что других ассоциаций может быть больше. Такие ключевые ассоциации характеризуются тем, что кажутся более спонтанными, импровизированными,

неожиданными, чем другие. Иногда они совершенно поразительным образом связываются с ассоциациями аналитика — событие, которое показывает, что такая ассоциация является потенциально значимой.

Пациентка смогла вспомнить только фрагмент сновидения об опухоли в ее груди. В своих ассоциациях она говорила о нескольких подругах, у которых есть опухоли, о своем ужасе перед раком и о чувстве, которое испытывает тот, кто носит внутри себя семена собственного разрушения, и т. д. Это привело к воспоминаниям о дурном обращении с нею матери и отца; ненависти; сильном желании хороших родителей; страхе перед ненадежными людьми и т. д. Пока я слушал, мои мысли сконцентрировались на вопросе: что есть опухоль в ее груди — ненависть к матери, к отцу или ко мне? Тогда пациентка начала рассказывать о том, что во время менструации ее груди становятся полнее и более чувствительными. Мои ассоциации перепрыгнули к ее амбивалентной реакции в связи с мыслью о беременности. В этот момент пациентка вдруг стала говорить о том, что она голодна, что она испытывает сильное желание съесть что-нибудь сладкое. Шутя она сказала, что не думает, что у меня может оказаться шоколадная конфетка.

Эти последние ассоциации с чувством внезапного голода и желание получить от меня что-нибудь сладкое связались со сновидением об опухоли в груди, а мои ассоциации по поводу беременности привели к тому, что я спросил ее: «Не думали ли вы недавно о том, чтобы забеременеть?» Она ответила, что ее трехлетняя дочь спрашивала ее, верно ли, что женщины носят своих младенцев около груди, и почему у нее нет другого малыша. Это повергло пациентку в депрессию, потому что ее отношения с мужем ухудшились со временем и она сомневается, что сможет когда-нибудь забеременеть снова. Это напомнило ей об аборте в самом начале замужества, очень жаль, что это было, потому что в противном случае ее дочь не была бы единственным ребенком. Затем она сказала полушутя: «У меня был бы другой ребенок, если бы я могла иметь его с вами. Но я знаю, что все, что я получу от вас, — это слова и рукопожатие раз в год, когда вы уезжаете в отпуск. Печально сознавать, что вы никогда не прикоснетесь ко мне. Это напомнило мне, что, когда я в последний раз приходила к своему доктору для физического осмотра, он проверял мои груди на предмет опухоли, и, пока он это делал, я думала о вас».

Я ответил: возможно, опухоль в ее груди — ее неразрешенное страстное желание и чувство обиды по отношению ко мне. Она засмеялась и сказала: «Я надеюсь, это поддается лечению. Вы, вероятно, правы. Я забыла упомянуть, что опухоль была в моей левой груди, как раз у сердца». Ключевой ассоциацией было внезапное появление у пациентки сильного желания чего-то сладкого.

Этот клинический материал служит примером ситуаций, требующих вмешательств аналитика. Во всех описанных ситуациях переноса материал был относительно очевиден для аналитика, разумное Эго пациента и рабочий материал, казалось, были готовы тягаться с инсайтом. Когда два эти фактора благоприятны, необходимо сделать вмешательство для того, чтобы добавить новый инсайт.

3.94. Технические этапы анализирования переноса

При обсуждении техники работы с явлениями переноса мы рассмотрели два важных вопроса: *почему* и *когда* мы анализируем перенос. Теперь мы перейдем к центральной технической проблеме: *как* мы анализируем перенос. Этот раздел будет посвящен различным формам и последовательностям процедур, которые требуются для анализа реакций переноса пациента. Все этапы, которые я опишу, являются одинаково необходимыми, но некоторые из них пациент будет выполнять спонтанно, и, следовательно, аналитику не нужно будет их повторять.

Я кратко и довольно схематично скажу о том, что, как я считаю, является идеальной и упрощенной последовательностью процедур. Каждый из этапов, однако, может вызвать новые сопротивления, которые будут требовать работы и, таким образом, прерывать идеальный ход событий. Или же исследования, которые запускаются каждой новой технической процедурой, могут открыть так много новых областей и занять так много часов, что фактор переноса не будет больше являться преобладающим элементом. Тем не менее эта последовательность технических этапов будет служить как бы моделью и ориентиром, пусть даже события в клинической практике никогда не будут встречаться в таком порядке и не будут так хорошо организованы.

Для того чтобы анализировать явления переноса, мы должны выполнить те же самые основные технические мероприятия, что и при анализировании любого психического феномена: материал должен быть продемонстрирован, прояснен, интерпретирован и проработан. Кроме этих основных процедур, требуются определенные дополнительные технические шаги в связи со специфическими особенностями явлений переноса. Далее приводится общее описание процедур при анализировании переноса.

3.941. ДЕМОНСТРИРОВАНИЕ ПЕРЕНОСА

Перед тем как приступить к исследованию чувств переноса, необходимо, чтобы пациент осознал, что предметом обсуждения является именно его реакция на аналитика. Это может быть очевидно для пациента. Фактически пациент может осознать, что это так, и без какой-либо помощи аналитика. С другой стороны, возникают и такие ситуации, когда пациенту очень трудно опознать свои чувства переноса. В качестве первого этапа при анализировании переноса необходимо, чтобы пациент был конфронтирован и стал осознавать свои реакции переноса. Если пациент ничего не знает о своих реакциях переноса, которые мы хотим исследовать, то они должны быть продемонстрированы ему. Существует несколько технических приемов, которые могут быть полезны.

3.9411. Молчание и терпение

Очень часто пациент спонтанно осознает реакцию переноса, если аналитик подождет, пока увеличится интенсивность чувств переноса. Такое увеличение часто происходит просто в результате того, что пациенту дают продолжать продуцировать без каких-либо вмешательств со стороны аналитика. В каждом анализе бывают такие ситуации, когда необходимо, чтобы пациент сам осознал свои реакции переноса, и когда аналитику не следует демонстрировать их. Это в особенности верно, когда интенсивность чувств достаточна, когда пациент уже не новичок и когда существует опасность, что пациент наслаждается, получает некоторое пассивное удовлетворение, воздерживаясь от самостоятельного выполнения какой-либо части аналитической работы. Более того, молчание и терпение аналитика могут также выдвинуть на первый план любое значимое сопротивление, которое могло бы остаться в тени при слишком энергичных вмешательствах со стороны аналитика.

Аналитики сильно отличаются по стилю проведения анализа. Это особенно заметно в том, как они используют молчание и некоторые другие, более активные приемы. Существует достаточный простор для различных вариаций в рамках классического психоанализа. Однако каждый аналитик должен быть способен использовать и молчание, и активное вмешательство. Иногда будет правильной только одна из этих процедур. Необходимо знать, когда каждый из этих приемов допустим, а когда — обязателен. Аналитики, которые «перебарщивают» с молчанием, или те, кто способны осуществлять только активные приемы, не могут выполнять классический психоанализ эффективно, ибо он требует умелого использования как молчания, так и слов. Вопрос о дозировке, подходящем времени и тактичности интерпретации будет обсуждаться во втором томе.

3.9412. Конфронтация

Если мы подождали достаточно и реакция переноса стала доступной, то есть достаточно очевидной для пациента, и он, как кажется, не имеет ощутимого сопротивления ей, тогда аналитику следует попытаться конфронтировать пациента с этой реакцией переноса. Он может сказать что-нибудь вроде: вы, кажется, чувствуете гнев или возмущение по отношению ко мне; чувствуете влюбленность или привязанность ко мне; испытываете сексуальные чувства ко мне и т. д. Способ выражения должен быть простым, прямым и открытым — это я уже несколько раз подчеркивал ранее.

Я предпочитаю использовать наиболее живые, обычные слова, избегая уклончивости и неопределенности. Я говорю о «гневе», «ненависти», «привязанности» или «любви», «сексе». Я стараюсь быть точным, но без подробностей; в данный момент это только конфронтация. Я стараюсь быть прямым, но не грубым и резким. Обычно я начинаю свою конфронтацию, говоря «кажется», потому что я не всегда уверен, и хочу, чтобы у пациента была возможность убежать или противоречить мне. Я не хочу пугать его или быть догматиком. Позже я могу сказать: «Я совершенно уверен, что вы чувствуете...», но только если я действительно совершенно уверен и если пациент в это время должен столкнуться с моим определенным мнением.

Иногда простая конфронтация пациента с тем, что он борется против выражения чувств переноса, может помочь временно преодолеть сопротивления. Наше терпимое отношение и вербализация помогают пациенту почувствовать, что эта его борьба неуместна и не является необходимой. В других случаях конфронтация является только первым этапом в анализировании сопротивлении. В этом случае мы должны будем пройти через фазы прояснения и интерпретации, описанные в разделе 2.6, посвященном технике анализирования сопротивлений. Решающее значение имеет вопрос о том, какая процедура в данном случае необходима, — преодоление или же анализирование сопротивления.

Если конкретная реакция переноса, которую я хочу продемонстрировать пациенту, является сопротивлением переноса, тогда я конфронтирую его с этим фактом. Я либо указываю ему на то, что он, кажется, избегает какого-то чувства или отношения ко мне, либо, если я знаю более точно, какого специфического чувства он стремится избежать, я отмечаю это. Другими словами, я буду конфронтировать пациента и с сопротивлением, и с чувством, вызывающим сопротивление, всегда начиная с аспекта сопротивления. Таким образом, я могу сказать пациенту: «Вы, кажется, боретесь с чувством любви (или ненависти, или с сексуальным чувством) ко мне» или «Вы, возможно, испытываете затруднения в выражении своей любви (или ненависти, или сексуальных влечений) ко мне», и т. д. Снова отмечу важность лексики и инто-

нации. Кроме того, я всегда добавляю слова «ко мне» или «по отношению ко мне». Я делаю это, потому что не хочу, чтобы пациент избегал столкновения с фактом, что чувства, о которых идет речь, испытываются по отношению ко мне, к личности, а не по отношению к «анализу» или какой-нибудь другой более безличной идее.

Если у меня нет определенного мнения о природе чувств переноса, но есть впечатление, что темой сессии является сопротивление, и если нет показаний сохранять молчание, я могу конфронтировать пациента, просто спросив: «Мне хотелось бы знать, имеете ли вы какие-нибудь чувства или реакции по отношению ко мне, которые не раскрыты» или «У меня такое впечатление, что ваши мысли и чувства связаны со мной» или просто «Что вы чувствуете ко мне?» или «Какие мысли обо мне пришли вам в голову в этот момент?»

3.9413. Использование очевидности[1]

Я показываю пациенту источник моей гипотезы только тогда, когда я чувствую, что желательно задействовать его интеллект для убеждения его в том, что он сопротивляется. Затем я должен буду перейти к анализу сопротивления. Очевидные данные о том, что у пациента есть реакции переноса, используются, только если в случае неочевидности для пациента материала он может почувствовать, что аналитик обладает мистической властью. Я использую этот подход по большей части в начале анализа в качестве одного из способов показать пациенту, как аналитик работает, чтобы преодолеть его магические представления об аналитике и помочь ему развить рабочий альянс. Так, я могу сказать пациентке: «Отсутствие у вас сексуальных чувств по отношению к мужу и ваши романтические сновидения и фантазии обо мне, как мне кажется, показывают, что у вас возникли сексуальные и романтические чувства ко мне».

Использование очевидности апеллирует к интеллекту пациента. Это может быть ценно как этап в развитии рабочего альянса у пациента. Однако существует опасность, что это может привести пациента к переоценке интеллектуального и избеганию эмоционального знания о явлениях переноса. Аналитик должен быть внимателен при распознавании того, как реагирует пациент на данную форму конфронтации.

На любой стадии анализа при попытке продемонстрировать пациенту, что он вовлечен в реакцию переноса, пациент может развить сопротивление, или же ранее не появлявшееся сопротивление может стать заметным. Если это произошло, анализ данного сопротивления должен предшествовать всему

---

[1] Evidence (*англ.*) — очевидность, основание, данные (*Примечание переводчиков*).

остальному. Это случается особенно часто, когда аналитик указывает пациенту на его ненависть и гнев по отношению к аналитику на ранних фазах анализа. Пациент может начать сопротивляться и отказываться признать эту реакцию переноса, вместо этого он будет чувствовать, что его критикуют. Тогда аналитику следует исследовать это чувство переноса, прежде чем вернуться к демонстрации негативного переноса. Позвольте это проиллюстрировать.

Молодой мужчина на первом году анализа начинает сессию, рассказывая с чувством сильного гнева о профессоре одного из его аспирантских курсов. Его речь течет в следующем направлении: «Он просто говорит, не думая о том, могут ли студенты следовать за ним. Он разглагольствует в воздух, а не для нас. Что за паршивый преподаватель. Мне бы ужасно не хотелось, чтобы он был у меня в следующем семестре. Мне бы ужасно не хотелось, чтобы он лечил меня, я хочу сказать — учил меня». Пауза. «Я полагаю, вы сварганите что-нибудь из этого».

Затем пациент продолжил, но я вернул его назад к оговорке и спросил: «Не пытаетесь ли вы бежать прочь от своего гнева по отношению ко мне? Ваша оговорка показала гнев — и затем вы попытались бежать от нее». Пациент минуту подумал и ответил: «Я полагаю, вы правы. Но я знаю, что вы делаете все, что в ваших силах, а тот профессор, он — тупейший сукин сын. Не следовало бы позволять ему преподавать. Я чувствую себя так, будто меня выставили посреди класса, но я чувствую и жалость к нему. Я слышал, что его жена покончила жизнь самоубийством. Возможно, у него ничего не осталось, кроме преподавания. Но почему я должен жалеть его? Он — большая шишка, профессор, и он не даст даже дерьма мне или любому из своих студентов». Далее пациент продолжал в том же духе.

Я снова вмешался и сказал следующее: «Не сердитесь ли вы на меня из-за моего отпуска на следующей неделе?» Пациент сердито выпалил: «Нет, я не сержусь. Вы всегда обвиняете меня в том, что я сержусь. Вы имеете право на отпуск. Вы много работаете, так почему бы вам и не уехать? Почему я должен сердиться? Вы сказали это так, как будто читали по книге. Если аналитик уезжает в отпуск, он говорит своему пациенту, что тот рассержен». Последнее было сказано саркастически. «Это выводит меня из себя». Пауза. Молчание. Я ответил: «Вы сердитесь даже из-за того, что я указал вам на то, что вы сердитесь, но я чувствую, что в действительности вы сердитесь из-за того, что я покидаю вас».

Пациент ответил: «Может быть, и так. Я знаю, что у меня есть мысль: вот вы уедете, а я пойду в роскошный ресторан и подцеплю девчонку. И пошлю к черту всех вас». Я ответил: «Да, пошлете к черту всех, кто бросает вас. Вы не нуждаетесь в нас, вы найдете кого-нибудь еще, с кем будете близки». Пациент помолчал немного, а затем ответил: «Да, я не нуждаюсь в вас. Уезжайте в свой проклятый отпуск. Мне и так хорошо».

Это относительно простой пример того, как аналитик пытается продемонстрировать и прояснить реакцию переноса. Аналитик вынужден прервать ассоциирование пациента и исследовать появившееся сопротивление. Оговорка пациента является ясным индикатором его гнева, но он отказывается принять это сознательно. Затем он переходит к чувству жалости к профессору. Затем снова возвращается назад к своему гневу из-за того, что его отвергли. Я пытаюсь связать это со своим отпуском, но он сердито отрицает эту связь. Я указываю на его сопротивление и на подтверждение своей гипотезы, и в конце концов он признается в своей фантазии о моем отпуске и своем гневе из-за того, что его бросают. Я полагаю, что необходимо исследовать сопротивления до тех пор, пока аналитик не мобилизует разумное Эго пациента.

Важно также дать пациенту время для реакции на вмешательство. Я всегда, по возможности, стараюсь убедиться, что на сессии осталось достаточно времени для того, чтобы пациент отреагировал на мое вмешательство по поводу переноса. Это касается вмешательств любого рода, но больше всего — интерпретаций или вмешательств по поводу переноса. Я не реагирую немедленно на его первый ответ, поскольку очень часто пациенты будут импульсивно отвечать «да» или «нет», а потом медленно, по мере того, как аналитик слушает их, можно увидеть, что этот первый ответ не был продуманным и точным. Он обычно отражает либо подчинение, либо неповиновение.

Множество раз в своих ответах на конфронтацию переноса пациенты будут противоречить сами себе. Все эти реакции также должны стать предметом анализа. Однако важно дать пациенту время обдумать, что сказал аналитик, а затем — отреагировать на это. Я хочу здесь подчеркнуть, что у пациента должно быть время и просто помолчать в ответ на конфронтацию аналитика. Аналитик должен обращать внимание не только на то, что пациент сказал, но также и на то, как он это сказал. Если моя интерпретация правильна, он будет соглашаться со мной и принимать ее не только вербально, но и эмоционально, он будет добавлять некоторые детали или воспоминания, или другие «украшения» к моим конфронтациям. Если моя конфронтация правильна и приемлема для пациента, я могу затем перейти к следующей технической процедуре анализирования данного переноса.

Множество раз, однако, пациенту нужно будет время для размышления, для исследования правильности моей конфронтации, ассоциирования к ней. Если мое вмешательство неверно, пациент будет показывать его неправильность не только путем вербального отрицания, но и какой-то формой сопротивления и избегающим поведением. Но может быть и так, что конфронтация была правильной по своему содержанию, но для нее было неправильно выбрано время. Тогда аналитик должен будет работать над сопротивлением. Кроме того, аналитику также необходимо иметь время для правильной оценки ответа

пациента. Не всегда легко определить, показывает ли ответ пациента принятие или отвержение, погружение в мысли или эскапизм, или же комбинацию всех этих элементов.

3.942. ПРОЯСНЕНИЕ ПЕРЕНОСА

Когда пациент осознал, что он вовлечен в реакцию переноса, тогда мы будем готовы к следующей технической процедуре — прояснению переноса. Теперь мы хотим, чтобы пациент заострил, осветил, углубил и расширил картину переноса. Для этого существует два основных пути.

3.9421. Поиски интимных деталей

Наша конечная цель в анализировании реакции переноса пациента — суметь интерпретировать происхождение этой реакции в прошлом пациента. Одним из наиболее плодотворных направлений для нахождения ключей, которые могут привести нас к бессознательному источнику переноса, является поиск интимных деталей реакций переноса. Детали ведут к аффектам, влечениям и фантазиям пациента. Мы просим пациента приложить все свои способности, вдаваясь в тонкости, разбираясь в деталях своегоо чувства по отношению к нам. Мы также просим его включать те ассоциации, которые могут иметь место, когда он будет пытаться сделать это. Позвольте привести пример:

> Моя пациентка миссис К.[1] во время третьего месяца своего анализа рассказала мне после значительных колебаний: она обнаружила, что у нее есть сексуальные мысли обо мне. Это приводит ее в замешательство; ведь помимо всего прочего, она замужняя женщина. Она знает, что я тоже женат, а кроме этого, я не полюбил бы ее после всего того, что узнал о ней. Молчание. Она полагает, что все это — рационализация; она просто слишком смущается говорить о своих сексуальных чувствах, это как-то унизительно. Пауза, молчание, вздох. Она вела машину, и вдруг, как вспышка, она увидела картину: я сжимаю ее в объятиях. Читая книгу или смотря кино, она видит меня как героя или любовника и при этом чувствует и видит себя моей возлюбленной. Ночью, в постели, она думает обо мне и чувствует себя так, будто ее зовут. Пациентка продолжала говорить в том же духе, описывая различные места и случаи, когда у нее были сексуальные стремления ко мне; но я сознавал, что, несмотря на то, что картина расширяется, она не становится глубже или четче. Я также чувство-

---

[1] См. разделы 1.24, 2.651, 2.71, 3.25, 3.42, 3.81, 3.84, 3.931, 3.934.

вал, что рабочий альянс остается по-прежнему хорошим, несмотря на ее смущение и затруднения. Тогда я сказал ей: «Как мне кажется, вы полны сексуальными стремлениями ко мне. Они возникают снова и снова, но, по-видимому, вам трудно описать точно, что бы вы хотели сделать со мной в сексуальном плане; пожалуйста, попытайтесь».

Пациентка ответила: «Я бы хотела, чтобы вы сжали меня в своих объятиях крепко-крепко так, чтобы я едва могла дышать, подняли меня и перенесли меня на кровать. Тогда мы могли бы заняться любовью». Длительная пауза. Я спрашиваю: «Что вы имеете в виду, говоря «заниматься любовью»?» «Я имею в виду, — отвечает пациентка, — сдернуть с меня ночную сорочку, целовать так, что рту станет больно, я едва смогу дышать. С силой раздвинуть мои ноги и вдвинуть ваш пенис в меня. Он будет огромным, и он причинит мне боль, но мне это очень понравится. (Пауза.) Забавная деталь пришла мне в голову, когда я описывала все это. Ваше лицо было небрито, и ваша борода царапала мне лицо. Это странно, вы всегда выглядите чисто выбритым».

Размышляя над сексуальной фантазией пациентки, я заметил: она дважды отмечала, что едва способна дышать, затем появились мазохистские желания и ощущение, что ее подняли, ее несут, и ощущение того, что я огромен. Я вспомнил, что она перенесла несколько приступов астмы примерно в возрасте шести лет, в это время ее мать была замужем за довольно садистичным отчимом. Интерпретация фантазии переноса казалась ясной: я — ее отчим-садист, удовлетворяющий ее мазохистские, нагруженные виной эдиповы стремления. Я мог бы дать эту интерпретацию, но хотел, чтобы она сама обнаружила ее, поэтому спросил ее: «Кто, бывало, царапал вас бородой, когда вы были маленькой девочкой?» Пациентка почти закричала: «Мой отчим, мой отчим, он, бывало, любил мучить меня, тряся своим лицом об мое — и хватал меня, и сжимал, и подбрасывал в воздух — я едва могла дышать. Но я думала, что ненавижу все это».

Давайте вернемся к технике прояснения. Я вижу, что пациентка ничего не добавляет к картине переноса, но чувствую, что она могла бы сделать это. Поэтому я конфронтирую ее. Я говорю: я знаю, что для нее это тяжело, но не могла бы она все-таки рассказать мне более точно, в чем состоит ее сексуальная фантазия. Я держусь прямо, открыто, я не требую, но я настойчив. Когда она говорит: «Мы занимаемся любовью» — я прошу ее объяснить мне, что она понимает под словами «заниматься любовью». Мои слова и интонация не являются ни грубыми, ни робкими.

Пациентка говорит, что ей пришла мысль поцеловать мой «генитальный орган». В подходящий момент я прошу ее объяснить, что она имеет в виду, говоря о целовании моего пениса, я нахожу ее слова неясными и несколько уклончивыми. Я показываю своим вопросом, что хотел бы

знать интимные детали и что о них вполне можно говорить реалистически. Я демонстрирую это тем способом, как я говорю об этом. Я не вульгарен и не уклончив. Я помог ей, переведя ее «генитальный орган» в «пенис». «Поцелуй» она должна будет перевести сама.

Мужчина-пациент говорит, что у него была фантазия о «фелляции» со мной. Когда я почувствовал, что это уместно, я сказал ему, что не понимаю, что он имеет в виду под словом «фелляция». Не мог бы он объяснить это мне? Когда он начал, запинаясь, бормотать что-то, я сказал, что, кажется, ему трудно говорить, что он делает что-то своим ртом с моим пенисом. Говоря так, я не только указал ему на его сопротивление переноса, но также показал, что я бы хотел, чтобы он был способен говорить о таких вопросах конкретным, обыденным, живым языком.

Тот же самый подход также обоснован при работе с агрессивными влечениями и чувствами. Пациент говорит мне, что чувствует враждебность ко мне. Мой ответ: я не понимаю слова «враждебность», оно стерильно, неопределенно и неясно. Что он на самом деле имеет в виду? Если я понимаю импульс или аффект, я использую для него самое точное слово. Я говорю своим пациентам, что они, кажется, ненавидят меня или чувствуют ко мне сегодня неприязнь, и прошу их рассказать мне об этом и позволить чувствам выйти наружу по ходу описания. Я помогаю им провести различия между гневом, яростью, ненавистью, негодованием и досадой, потому что каждое из этих чувств имеет различную историю и происходит из различных моментов прошлого пациента. Я поощряю пациента описывать свои агрессивные фантазии, цели своих враждебных, деструктивных импульсов, потому что они также являются ключами к различным периодам их жизни. Позвольте привести пример.

Молодой человек, мистер З.[1] говорит, что он досадует на меня из-за того, что я взял с него плату за пропущенную сессию. Я исследую эту «досаду», спрашивая его, действительно ли он имеет в виду досаду. Он «полагает», что он испытывает больше чем досаду. Мое молчание побуждает его выражать весьма гневно мысль о том, что я — лицемер, так как притворяюсь ученым. На самом деле я — такой же бизнесмен, как и его прижимистый старик. Он надеется, что однажды наберется смелости ткнуть меня носом в эти «психоаналитические деньги». Это была бы славная месть, он бы сделал со мной то же самое, что я делаю с ним. На мой вопрос: «А что я делаю с вами?» — он ответил: «Вы заставляете меня ползти сквозь все это дерьмо, вы никогда

[1] См. разделы 2.52, 2.54, 2.71, 3.531, 3.7111, 3.922.

> не прекращаете, а требуете все больше, больше, больше. Вы никогда не удовлетворены, кажется, что вы говорите: продуцируй или убирайся. И вам все мало». В этом эпизоде можно увидеть, что за невинной досадой, которая, как он «полагает», имеет место, скрывается анально-садистическая ярость и унижение детства.
>
> Тот же самый пациент позже начинает сессию с утверждения, что он ненавидит приходить сюда, ненавидит анализ и меня вместе с ним. Когда я спросил его: «А как вы ненавидите меня сегодня?» — он ответил, что сегодня он ненавидит меня страстно, с холодной яростью. Он не хочет убить меня, нет, это было бы слишком цивилизованно. Он хотел бы избить меня, превратить в мякоть, буквально растереть и сделать из меня желе, похожее на кровавого, грязного «слизняка». Потом он съел бы меня, одним большим глотком, как ту чертову овсянку, которую мать заставляла его есть в детстве. Тогда он смог бы извергнуть меня как вонючее отвратительное дерьмо. А когда я спросил его: «И что бы вы сделали с этим отвратительным, вонючим дерьмом?» — он ответил: «Я бы превратил его в прах, так что вы смогли бы присоединиться к моей дорогой мертвой мамочке!»

Я думаю, что теперь ясно, как поиски интимных деталей агрессивных деструктивных импульсов приводят к ключам, которые делают интерпретацию возможной. При возникновении импульсов переноса в анализе наша задача — помочь пациенту прояснить их, раскрыв истинную природу инстинктивного импульса, его цель, источник и объект.

Сходным образом мы работаем и с другими аффектами, такими, как тревога, депрессия, отвращение, зависть и т. д. Мы исследуем точную природу чувств, пытаясь сделать более отчетливым, углубить и осветить то, какие конкретные качества и количественные характеристики эмоций затронуты. Здесь присутствует все тот же неустанный поиск ясности: что именно пациент чувствует и какие фантазии имеет. Наше отношение — прямое, открытое, без боязни, неустрашимое, не грубое и не робкое. Мы являемся исследователями, но мы должны охранять, а не разрушать то, что мы исследуем. Мы должны служить как бы моделью для пациента, так, чтобы однажды он смог задать самому себе те же самые вопросы.

Необходимо повторить, что сопротивления могут возникнуть на любой фазе нашей попытки прояснения. Если сопротивление значительно и может стать камнем преткновения, работа по прояснению должна остановиться и сопротивление должно быть проанализировано. Вне зависимости от того, насколько соблазнительно содержание материала, значительные сопротивления должны быть проанализированы в первую очередь. В противном случае инсайты не будут иметь значения для пациента, а именно о нем мы заботимся в первую очередь. Нашей главной задачей является осуществление эффективной терапии, а не сбор интересных данных.

3.9422. Поиск триггера («спускового крючка») переноса

Другой ценный метод прояснения данной реакции переноса состоит в раскрытии того, какая характерная черта или какое поведение аналитика служит в качестве запускающего стимула. Очень часто пациент будет спонтанно осознавать, что определенная черта или деятельность аналитика вызвала специфическую реакцию. В других случаях этот триггер для переноса не только не будет осознаваться, но пациент будет иметь сильные сопротивления его осознанию. Иногда какое-то поведение аналитика будет вызывать у пациента реакцию, *не* являющуюся реакцией переноса, поскольку она вполне соответствует ситуации. И вообще следует осознавать, что иногда мы, аналитики, бываем просто не в состоянии исследовать вместе с пациентом, какая из наших личных особенностей послужила стимулом для переноса.

Я наслышан об аналитиках, которые настаивают на том, что *каждую* реакцию переноса нужно прослеживать назад, соотнося с какой-нибудь чертой поведения аналитика. В таком подходе чувствуются нарциссические потребности аналитика или переоценка технической процедуры. Наша цель — прояснить неосознаваемый источник из прошлой истории пациента для того, чтобы интерпретировать его. Прояснение триггера переноса может быть ценным вспомогательным средством, но это всего лишь средство, а не конечная цель.

Во многих клинических ситуациях поиски триггера переноса излишни, неуместны или не особенно продуктивны.

> Несколько клинических примеров проиллюстрируют основные моменты, отмеченные выше. Пациентка начинает сессию, молча и спокойно лежа на кушетке, ее глаза закрыты, она кажется умиротворенной и довольной. После нескольких минут молчания я говорю: «Да?» Она мягко улыбается, вздыхает, но продолжает молчать. Проходят минуты, и на меня производит все большее впечатление та картина спокойствия и блаженства, которую она являет. Обычно она достаточно разговорчива и продуктивна, а во время молчания становится напряженной и беспокойной. Я начал мысленно просматривать наши последние сессии в надежде, что смогу найти какое-нибудь объяснение этой необычной реакции. В этот день ее сессия была сдвинута на вечер из-за некоторых изменений в моем расписании. Обычно она приходила по утрам. Сейчас на улице было темно, в комнате горел свет.
>
> Пациентка продолжала молчать, а я все больше и больше поражался тому удовольствию, которое она излучала, продолжая молчать. Почти через двадцать минут я сказал ей: «Эта сессия какая-то особенная. Чем вы так наслаждаетесь совершенно молча?» Она ответила мягко и мечтательно: «Я лежу здесь, впитывая чувство покоя этого офиса. Это убежище. Я вдыхаю аромат вашей сигары и пред-

ставляю вас сидящим в вашем большом кресле, уютно и задумчиво попыхивающим сигарой. Ваш голос звучит, как кофе и дым хорошей сигары, тепло и ободряюще. Я чувствую себя защищенной, в безопасности, так, будто обо мне заботятся. Как будто сейчас уже за полночь и все в доме спят, кроме моего отца и меня. Он работает в своем кабинете, и я чувствую запах его сигары и слышу, как он готовит себе кофе. Как мне, бывало, хотелось прокрасться в эту комнату и свернуться клубочком рядом с ним. Я иногда пыталась сделать это и обещала вести себя тихо, как мышка, но он всегда отправлял меня обратно в постель».

Пациентка сама осознала, что этот поздний час, свет в офисе, аромат моей сигары, мое молчание и мой голос вызвали воспоминание детства, стремление побыть наедине со своим защищающим, любящим отцом. Она позволила себе, лежа на кушетке, испытать то удовольствие, которого она была лишена, но о котором фантазировала в детстве.

Мой пациент мистер З.[1] вошел в ту стадию анализа, когда ему очень трудно рассказывать мне о своих сексуальных фантазиях. Он проходил анализ уже в течение нескольких лет, и мы проработали множество различных аспектов его сопротивлений переноса. Но данное специфичное сопротивление ощущалось как-то иначе. Было много сессий с поверхностными разговорами, отсутствием сновидений и молчанием. Но был один момент, обращающий на себя внимание, когда он сделал замечание, что я последнее время отношусь к нему как-то по-другому. Я понуждал его прояснить, в чем было это отличие. Он не знал; он не мог описать это; но в конце концов, запинаясь, он выпалил, что я кажусь ему отталкивающим. Тогда я сказал ему, прямо и открыто: «Хорошо, я омерзителен для вас. Теперь попытайтесь мысленно представить меня и опишите, что вас отталкивает». Пациент медленно начал говорить. «Я вижу ваш рот, ваши губы, они толстые и влажные. В углу рта — слюна. Мне очень не хочется говорить это вам, доктор Гринсон, я не уверен, что это правда так». Я просто сказал: «Пожалуйста, продолжайте». «Ваш рот открыт, и я представляю его запах. Я могу видеть ваш язык, облизывающий губы. Когда последнее время я пытаюсь говорить с вами о сексе, я вижу все это, и это меня останавливает, сковывает. Теперь я боюсь вашей реакции (пауза). Мне кажется, что я воспринимаю вас как похотливого, сладострастного старика» (пауза).

Я сказал: «А теперь позвольте своим мыслям блуждать вокруг картины сладострастного, похотливого старика с толстыми мокрыми губами». Пациент продолжал говорить и вдруг пересказал воспоминание из своего раннеподросткового возраста, когда он, возбужденный,

[1] См. разделы 2.52, 2.54, 2.71, 3.531, 3.711, 3.922, 3.9421.

шел по улице, высматривая проститутку, но испытывал страх и неловкость. В темной аллее кто-то подошел к нему, явно с сексуальными намерениями. Он понял, что этот человек хотел ласкать его пенис, а затем сосать его. Мальчик был бессилен совладать с этой ситуацией. Разрываемый возбуждением и страхом, он остался пассивным и позволил совершить это сексуальное действие над собой. В первый момент он не знал, мужчина это или женщина, все произошло так быстро, в аллее было очень темно; он был переполнен различными эмоциями. Но он вспомнил рот этого человека, его губы были толстыми и влажными, а рот приоткрыт. Чем больше он говорил о событии, тем яснее ему становилось, что это был мужчина, гомосексуалист (годом раньше пациент рассказывал это как мимолетное воспоминание безо всяких деталей).

Было ясно, что пациент повторно проживает в своем трансферентном отношении ко мне этот гомосексуальный опыт своего подросткового периода. Триггером, который стимулировал возвращение этого события, было его видение моих толстых, влажных губ. Я помог ему работать с этим материалом, показав, что могу говорить о себе как о сладострастном и похотливом отталкивающем старике с толстыми и влажными губами. Робость с моей стороны привела бы к увеличению его собственной тревоги. Возмущение или даже просто молчание было бы воспринято как укор.

Аналитик работает с таким материалом, как и с любым другим. Когда пациентка говорит мне, что я сексуально привлекателен, я спрашиваю ее о том, что она находит во мне сексуально привлекательным. Если пациентка говорит мне, что чувствует любовь ко мне, я спрашиваю ее, что она находит во мне достойным любви. Если пациент говорит, что я вызываю отвращение, я спрашиваю, что во мне вызывает отвращение. Я стараюсь не быть ни слишком молчаливым, ни слишком активным, потому что любое изменение в технике будет показывать пациенту, что я испытываю какое-то беспокойство. Я терпелив, но и настойчив в поисках интимных деталей реакции пациента на меня, точно так же как и в любом другом случае. Я стараюсь одинаково обращаться как с любовными и сексуальными реакциями переноса, так и с ненавистью и отвращением. Это не всегда легкая задача, и я не утверждаю, что всегда добиваюсь успеха.

Клинический материал, описанный выше, показывает, что личные качества и черты аналитика, а также определенные характеристики обстановки его офиса могут служить запускающими стимулами для реакций переноса. Следует добавить, что пациенты могут реагировать таким же образом и просто на тон голоса и эмоциональное состояние, которое они почувствовали в высказываниях аналитика. У меня были такие пациенты, которые выражали очень сильную гневно-депрессивную реакцию, когда чувствовали, что я принижаю

их своей манерой речи. Пациенты реагировали на меня так, будто я говорил укоризненно, саркастически, соблазняюще, садистически, грубо, дерзко и т. д. В каждом конкретном случае необходимо выделить и внести ясность в то, какая именно особенность моей деятельности или специфическая черта вызвала эту реакцию. Если в обвинении, предъявляемом пациентом, есть доля правды, это следует признать, но в любом случае реакция пациента должна быть проанализирована, то есть прояснена и интерпретирована.

В каком-то смысле все реакции переноса запускаются определенным аспектом аналитической ситуации. Аналитическая ситуация призвана облегчить регрессивное искажение восприятия и вызвать у пациента забытые воспоминания об объектах прошлого. Бывают моменты, когда выделение и прояснение того, что вызвало реакцию переноса, будет ненужно и бесплодно, когда достаточно будет просто проанализировать данное явление переноса. В других случаях могут быть ценными раскрытие и анализ характеристик аналитика или аналитической ситуации, являющихся запускающим стимулом. Я подчеркнул важность такого подхода, потому что в своей работе супервизора сталкивался с тем, что многие аналитики склонны пренебрегать этой технической процедурой.

3.943. ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПЕРЕНОСА

Теперь мы переходим к той технической процедуре, которая отличает психоаналитический метод от всех других форм психотерапии. Интерпретация является единственным и имеющим решающее значение инструментом психоаналитической техники. Все остальные технические процедуры, используемые в психоанализе, являются основой для того, чтобы интерпретация стала возможной. Более того, все другие используемые технические приемы должны в конечном счете стать предметом анализа, и его воздействие на пациента должно быть интерпретировано.

В рамках психоанализа интерпретировать означает делать бессознательный психический феномен осознанным. Единственная цель всех интерпретаций состоит в том, чтобы помочь пациенту понять значение данного психоаналитического явления. Мы интерпретируем перенос путем раскрытия бессознательной истории, предшественников, источников, целей и взаимосвязей данной реакции переноса. Это длительный процесс, он не ограничивается каким-то единичным этапом. При помощи демонстрации и прояснения мы пытаемся дать возможность Эго пациента наблюдать психологическую ситуацию, которая предсознательна и доступна. Пациента просят расщепить свое Эго так, чтобы одна его часть могла наблюдать то, что переживает другая его часть. В интерпретации мы просим пациента пойти дальше того, что легко

увидеть, и приписать значение и причинность рассматриваемому психологическому явлению (Bibring E., 1954).

Демонстрация и прояснение подготавливают пациента к нашей интерпретации. Для того чтобы быть эффективными, интерпретации не должны выходить за границы понимания, эмоционального переживания пациента. Интерпретация — это гипотеза, для верификации которой требуются реакции пациента (Waelder, 1960, p. 3—27). Прояснение ведет к интерпретациям, а интерпретации, в свою очередь, ведут к дальнейшим прояснениям. Часто, когда аналитик пытается подвести пациента к прояснению данного явления, пациент наталкивается на его интерпретацию, бессознательное значение. Аналогично правильность интерпретации часто подтверждается тем, что пациент будет добавлять к ней какой-то новый материал. Позвольте мне проиллюстрировать это простым примером.

> Во время третьего года анализа пациентка развивает сопротивление приходу на аналитическую сессию, потому что она чувствует, будто во мне есть что-то зловещее, что пугает ее. Я убеждаю пациентку попытаться прояснить это угрожающее качество, которое она видит во мне. Колеблясь, она начинает описывать меня как мужчину, который при поверхностном взгляде кажется любезным, но втайне враждебен к женщинам. Она продолжает описывать мужчину, который кажется мужественным и активным, но на самом деле феминизирован и пассивен. Он настолько пассивен, что может позволить женщине-пациентке истекать кровью до смерти, не пошевелив и пальцем. В тот момент, когда пациентка говорила «истекать кровью до смерти», она воскликнула: «О, мой бог! Я знаю, в чем дело. Я перепутала вас с моим отцом». Пациентка сослалась на эпизод своего детства, когда в возрасте четырех лет она обнаружила, что из ее вагины идет кровь, и в панике побежала к своему отцу. Он попытался успокоить ее, сказав: «Ничего, это пройдет, забудь об этом». По многим обстоятельствам это больше всего расстроило пациентку.
>
> Во время ее анализа этот эпизод всплывал много раз, но никогда не связывался со злобными намерениями со стороны отца. Только когда она начала прояснять свои чувства по отношению ко мне, она столкнулась с чувством угрозы, которое привело ее к тому кровотечению, что и позволило ей спонтанно интерпретировать угрозу как исходящую от ее отца. Затем произошло углубление осознания скрытых садистских качеств любезного, пассивного отца.

Если демонстрация и прояснение реакции переноса не ведут сразу к интерпретации, тогда аналитику необходимо предпринять определенные технические шаги. В целом эти шаги направлены на раскрытие истории этой специфической реакции переноса.

Исследованию истории реакции переноса лучше всего способствует прослеживание любой его составной части, вплоть до формирования данного специфического объектного отношения. Обычно для исследования выбирается тот аспект переноса, который кажется самым доступным для разумного и сознательного Эго пациента. Таким образом, обычно мы начинаем с сопротивлений, если они достаточно выражены (см. раздел 2.71 по анализированию сопротивления до содержания). Если же нет никаких существенных сопротивлений, мы можем перейти к исследованию того аспекта переноса, который кажется самым безотлагательным и оказывающим давление на пациента.

Хотя возможно множество подходов, три из них наиболее полезны при попытках раскрыть историю реакции переноса: 1) рассмотрение вовлеченных аффектов и импульсов; 2) прослеживание предшественников фигур переноса; и 3) исследование фантазий переноса. Три эти подхода часто сливаются друг с другом. Опишу каждый из них отдельно.

3.9431. Исследование аффектов, импульсов и установок

Исследование аффектов и импульсов является наиболее плодотворным при раскрытии бессознательных источников реакции переноса. Вопрос, который мы задаем нашим пациентам, может быть сформулирован так: «Когда и в связи с чем было у вас это чувство или импульс раньше?» Сходный вопрос: «Что приходит вам в голову, когда вы позволяете своим мыслям следовать за этими чувствами или импульсами?» Иногда мы не должны явно задавать пациенту такие вопросы; мы задаем их своим молчанием, и спонтанные ассоциации пациента дают нам ответ. В начале анализа мы обычно должны задавать такие вопросы, позже пациент задает их себе сам, хотя бы и молча.

> Я бы хотел проиллюстрировать эти положения несколькими простыми примерами. В начале своего анализа профессор X.[1] признался, что он пропускает определенные ассоциации, потому что боится, что я буду критиковать его. На самом деле он мог даже представить себе, как я насмехаюсь над ним. Эта мысль была невыносима, он страшно не хотел быть униженным. После того, как он некоторое время молчал, я спросил его: «Когда это случалось с вами раньше?» Пациент ответил: «Когда я был ребенком, моя мать, бывало, проделывала это. Она была ужасной дразнилой и наслаждалась моими мучениями, высмеивая мои недостатки». Он все продолжал и продолжал. В конце сессии я сделал интерпретацию: «Итак, вы опускали некоторые мысли, приходившие вам в голову здесь, со мной, потому, что вы боялись, что я могу мучить вас так, как это делала ваша мать».

[1] См. разделы 2.64, 2.652, 3.412.

После паузы пациент ответил: «Да, я полагаю, что это так, хотя теперь мне это кажется глупым».

С тем же пациентом, годом позже, была сессия, которую можно кратко описать так: он опоздал на сессию на несколько минут и задался вопросом, означает ли это что-нибудь. Уже лежа на кушетке, он вздохнул и сказал, что анализ последнее время кажется ему тяжелым бременем. Он пришел сегодня только подчиняясь долгу, но без всякого чувства или ожидания удовольствия. Когда я был в отпуске, ему было хорошо; он, как ему кажется, вел значительно более свободную сексуальную жизнь со своей женой. Когда я вернулся, вернулся и его анальный зуд, а также побуждения к мастурбации. Его беспокоит состояние здоровья отца, который написал, что у него обострился геморрой. Его отец всегда беспокоился по поводу прямой кишки. Он всегда предпочитал измерять детям температуру ректально. Недавно пациент испытал искушение ввести свой палец в задний проход жены во время любовной игры. Он не сделал этого, потому что не хотел рассказывать мне об этом, хотя и подозревал, что, возможно, мне понравился бы такой рассказ. Вероятно, я испытал бы возбуждение от такого рода материала, но может быть, он проецирует.

Я интерпретировал это для пациента таким образом, что он, по-видимому, чувствует следующее: я мог бы наслаждаться его анальной активностью, как это делал его отец. Пациент ответил, что он часто думает обо мне, когда делает что-то, доставляющее ему анальное удовольствие. Он даже предполагает, что неохотно шел на сессию потому, что с тех пор, как я вернулся, у него гораздо больше мыслей и импульсов, связанных с его анусом, и ему кажется, что у него есть какие-то гомосексуальные стремления.

Следует заметить, что в первом примере я должен был исследовать аффект, задавая пациенту прямой вопрос. Во втором примере пациент спонтанно связал возвращение своего анального зуда и возвращение своего аналитика с анальными интересами своего отца. Это было так, как будто он молча задал себе те вопросы, которые я задавал ему раньше.

Раскрытие трансферентной установки может быть прослежено аналогично тому, как я описывал это для аффектов и влечений. Мы можем, следовательно, пытаться распутать скрытую историю того, когда и как такие установки, как пассивность, покорность, презрение и т. д., возникли в жизни пациента. Вообще более трудно раскрывать материал, касающийся установок пациента, потому что они слишком часто Эго-синтонны. Прежде чем мы сможем ожидать от пациента продуцирования значимой информации в его ассоциациях, обычно необходимо сделать данную установку чуждой Эго.

3.9432. Прослеживание «предшественников» фигуры переноса

Установление того, какие люди вызывали раньше эту специфическую реакцию, может оказаться настолько же важным источником информации о формировании данной реакции переноса, как и исследование аффектов, импульсов и установок, затрагиваемых в ней. Другими словами, мы пытаемся ответить на вопрос: «По отношению к кому вы испытывали такое чувство в прошлом?» Здесь просто смещен акцент в вопросе, который мы ставили ранее: «Когда вы чувствовали себя так в прошлом?» Очень часто два этих вопроса ведут друг к другу и их трудно разделить. Тем не менее поиск ответов на эти вопросы могут вести и в различных направлениях, и каждый может быть по-своему важен в разное время. Если мы добиваемся успеха в интерпретации реакции переноса, мы в конечном счете надеемся установить, каким объектам из прошлого и каким обстоятельствам данная реакция соответствовала.

Реакция переноса пациента не соответствует аналитику, но она соответствует кому-то в прошлом. Далеко не всегда мы надеемся немедленно дойти до первоначальных объектов, но мы вправе ожидать, что найдем промежуточный объект, который приведет нас, в конце концов, к источнику. Предки современной фигуры переноса появляются не в строго хронологическом порядке. Мои данные по этому вопросу согласуются с мнением Фенихеля (Fenichel, 1941, p. 48), который говорил о «сдвигах»[1], и противоречат В. Райху (Reich, 1928; Reich, 1929), который подчеркивал обратный хронологический порядок. Пациент может несколько раз во время сессии переходить от современности к отдаленному прошлому. Или эмоции пациента могут оставаться фиксированными на каком-то промежуточном объекте в течение длительного периода времени, прежде чем они переместятся на какой-то другой объект. Определенная реакция переноса обычно имеет множество «предшественников», и все они должны анализироваться для того, чтобы раскрыть всю интенсивность и комплексность реакции переноса. Одной из технических проблем при анализировании реакций переноса является установление момента, когда изменился их источник. Иногда только какие-то очень тонкие изменения в некоторых деталях реакции переноса намекают на смену объекта, являющегося источником переноса.

Так, при анализе профессора X.[2], который пропускал определенные ассоциации, боясь, что я буду унижать его, моей первой интерпретацией было то, что он реагирует на меня как на свою поддразнивающую мать.

---

[1] Faulting (*англ.*) — от *англ.* fault — недостаток, ошибка; разлом, сдвиг (*геол.*) (*Примечание переводчиков*).

[2] См. разделы 2.64, 2.652, 3.412, 3.9431.

Ее поддразнивание состояло главным образом из вербальной игры и смеха. Затем его страх стать объектом поддразнивания воскресил страх, что кто-то покажет на него пальцем с насмешкой, он смог связать его со своими старшими сестрами. В другой раз его страх унижения содержал элемент физического страха. Это изменение показывает перемещение к страху перед унижающим отцом. В других ситуациях у него возникали реакции стыда по отношению ко мне, которые исходили от его школьных учителей, дядюшек и тетушек, школьных друзей.

Короче говоря, анализ его страха быть униженным мною привел к обширной галерее унижающих его людей, которые были предшественниками и творцами его аналитика как унижающего человека. Каждый из этих предков добавлял или акцентировал, или изменял какой-то аспект его фантазий об унижении. Мы не только раскрыли те объекты, которые заставляли его испытывать унижение, но также проследили производные и предшественников каждого объекта. Мать, дразнящая его за то, что он намочил постель в три года, была одной фигурой; преуменьшающая его маленький пенис в пять лет — другой; смеющаяся над несколькими волосками на лобке в четырнадцать — еще одной. Его старшая сестра, присматривавшая за ним, когда мать уезжала, насмехалась над ним за его неадекватное сексуальное развитие до семнадцатилетнего возраста. С другой стороны, его отец заставлял его испытывать стыд, потому что он проявлял слишком большое любопытство в отношении сексуальных вопросов в пять лет и затем в подростковом возрасте.

Вопрос «По отношению к кому вы испытывали подобные чувства в прошлом?» является одним из наиболее часто встречающихся при анализе реакций переноса. Он может быть задан явно или же не быть высказанным вслух, но аналитик может задавать этот вопрос, пока существует любая имеющая значение реакция переноса. Это не удивительно, поскольку все явления переноса являются производными переживаний, связанных со значимыми людьми раннего периода жизни, как и их поздние двойники и производные.

3.9433. Исследование фантазий переноса

Просмотрев различные примеры, иллюстрирующие возможные подходы к интерпретации явлений переноса, можно увидеть, что мы анализируем фантазии пациента, касающиеся аналитика. Исследование это не всегда явное, даже наоборот, часто оно неявное. Например, аналитик спрашивает пациента, почему тот пропускает определенные ассоциации, и пациент отвечает, что боится, что аналитик будет унижать его. Тем самым он говорит, что он испытывает чувство стыда, которое происходит из фантазии об унижении. Пациент спонтанно связывает эту фантазию с поддразниванием своей матери из-за мок-

рой постели и, таким образом, раскрывает мне ее содержание без явного вопроса с моей стороны.

Иногда, однако, необходимо направить внимание пациента непосредственно на его фантазии, особенно когда аффекты, импульсы или объекты переноса кажутся неопределенными, недоступными или непродуктивными.

Например, молодой человек, мистер З.[1], который проходил анализ уже в течение трех лет, не был способен или не хотел использовать инсайт, который он получил по поводу своей тревоги в социальных ситуациях. Стало ясно, что он и сознательно, и бессознательно боится идентификации с мной. Он согласился с этой интерпретацией, но это не дало никаких изменений. Тогда я попросил его попытаться представить, что «он стал мною» и описать фантазию, стимулированную этой идеей. Пациент ответил: «Я не хочу стать таким, как вы, стать склонным к психологизированию или, как вы выражаетесь, к интроспекции; я не хочу брать какую-либо вашу часть внутрь себя. Это было бы как проглотить часть вас, всосать часть вас, дышать вашими словами или иметь часть вашего ума или тела во мне. В этом есть сексуальное чувство, как если бы я взял ваш пенис в свой рот или проглотил вашу сперму. Я не сделаю этого, я просто не уступлю вам». Все это говорилось в позе с плотно перекрещенными лодыжками, руками, прижатыми к бокам, сжатыми кулаками, а слова цедились сквозь зубы.

Описывая эту фантазию, пациент раскрыл свою гомосексуальную тревогу, которая лежала за его отказом идентифицироваться со мной. После этого я смог приступить к работе с ним над тем, почему и как гомосексуальность переплелась у него с идентификацией. Открытие, которое привело к этому инсайту, пришло из описания пациентом фантазии, касавшейся меня.

Очень часто, когда аналитик уже работал над анализом определенного сопротивления в течение какого-то периода времени, он может подойти к этому сопротивлению, задав вопрос пациенту: «Чем я напугал вас сегодня?» Этот вопрос в действительности означает: «Какие у вас фантазии обо мне сегодня?»

Я описал три важных метода исследования истории реакций переноса пациента: исследование аффектов, влечений и установок; прослеживание «предшественников» фигур переноса; и исследование фантазий переноса. Существует множество других возможных подходов к раскрытию истории реакций переноса, но, по моему опыту, эти три подхода показали себя наиболее продуктивными.

[1] См. разделы 2.52, 2.54, 2.71, 3.531, 3.711, 3.922, 3.9421, 3.9422.

Клинические примеры, которые я использовал для демонстрации анализирования явлений переноса, могут создать неверное впечатление, что каждое вмешательство приносит успех пациенту или аналитику в раскрытии специфических аффектов, влечений, установок или фантазий. Аналитик может множество раз говорить пациенту лишь то, что у него такое впечатление, что пациент борется с определенными чувствами по отношению к нему. Пациент может соглашаться или не соглашаться с этим, и его ассоциативная продукция может не приводить немедленно к тому, что бессознательный материал станет ясным. Может потребоваться несколько сессий для того, чтобы стало возможным интерпретировать определенный специфический аспект переноса.

3.944. ПРОРАБОТКА ИНТЕРПРЕТАЦИЙ ПЕРЕНОСА

Клинический опыт учит нас, что никакая отдельная интерпретация, пусть даже она будет абсолютно правильной, не остается эффективной в течение длительного периода времени. Для того чтобы она стала эффективной, ее следует повторять много раз. Более того, никакая отдельная интерпретация не может полностью объяснить реакцию переноса пациента. В лучшем случае единичная интерпретация переноса является лишь частичным объяснением. Для того чтобы прийти к полному пониманию и устойчивым изменениям в поведении пациента, требуется проработка отдельных интерпретаций. Хотя более полно проработка будет обсуждаться во втором томе, я хотел бы кратко описать здесь проработку интерпретаций переноса. Я отсылаю студентов к стандартному списку психоаналитических текстов по этому вопросу (Freud, 1914c, Freud, 1916–1917; Freud, 1917b, Freud, 1926a, Freud, 1937a; Fenichel, 1941; Lewin, 1950; Greenacre, 1956; и дополнительный список литературы).

3.9441. Теоретические замечания

Процесс проработки в основном представляет собой повторение и разработку инсайтов, полученных посредством интерпретации. Повторение инсайтов особенно важно при попытках анализировать и преодолевать сопротивления переноса. Это важно из-за нежелания Эго отказаться от старых защит и отважиться на новые способы функционирования. Эго необходимо время для того, чтобы справиться со старыми тревогами и положиться на свои новые адаптивные способности. Как правило, при первой интерпретации значения конкретного сопротивления переноса изменение либо вообще отсутствует, либо оно небольшое. Позже идентичная интерпретация может вызвать явное изменение у пациента, но прежнее оказывающее сопротивление поведение

вернется, когда что-то «неуловимое» в повседневной жизни изменит баланс сил в пользу Ид или Супер-Эго. Сопротивления упорны, и для того, чтобы Эго абсорбировало новый опыт, приводящий к изменению, требуется время.

Для того чтобы добиться более глубокого понимания значения реакции переноса, необходимо раскрыть и проследить множество ее превращений и ответвлений. За это ответственны сверхдетерминация и множественные функции явлений переноса. Так, например, нам следует интерпретировать значение поведения пациента в данной, текущей ситуации переноса, а затем рассматривать эту же реакцию по отношению к исходной и ко всем промежуточным фигурам переноса. Более того, нам следует также раскрыть, каким образом данная часть поведения переноса может служить отдушиной для инстинктов в одном случае и сопротивлением и защитой — в другом. Или же мы должны проследить определенное явление переноса через различные либидинозные фазы, а также определить, как это должно пониматься с точки зрения Эго, Ид и Супер-Эго. Вся эта работа, которая следует за новым инсайтом и ведет к изменению в установке и поведении, может рассматриваться в качестве процесса проработки (Greenson, 1965b).

3.9442. Клинический материал

Теперь я бы хотел представить ряд клинических данных, которые проиллюстрируют интерпретацию и частичную проработку реакции переноса. Это материал трехнедельного периода психоаналитической терапии.

> Молодой человек, мистер З.[1] проходит анализ третий год. До этого момента его реакции переноса можно было бы суммировать так: я — его добрый отец-пуританин, которому нравится пациент, но который критично относится к его сексуальным и агрессивным импульсам. Пациент чувствует себя ниже как в моральном, так и в сексуальном плане. Он маленький, неадекватный, а его сексуальность — грязная. Я же большой, потентный и чистый отец, которому он завидовал, которым одновременно восхищался и которого надеялся превзойти. На нескольких последних сессиях возникла группа упорных сопротивлений. Мистер З. либо забывал свои сновидения, либо его ассоциации были скудны. Материал, о котором он говорил, был давно знаком, с небольшим количеством фантазий и без новых воспоминаний или инсайтов. Затем на одной из сессий он рассказал следующее сновидение: он в большом доме, ходит из комнаты в комнату. Его сопровождает официант, постоянно предлагающий еду, которую пациент ест. В конце концов он встречается с хозяйкой, которая говорит, что она

[1] См. разделы 2.52, 2.54, 3.71, 3.711, 3.531, 3.922, 3.9421, 3.9422, 3.9433.

рада, что он смог прийти, так как она знает, что он занят хорошим, чистым бизнесом с целесообразным риском. Она спрашивает его, как ему нравится обстановка ее дома. Пациент мямлит что-то в ответ, потому что ему не хочется высказывать негативное мнение.

Ассоциации к сновидению сводились к следующему: он терпеть не может больших вечеров, где ему не по себе. Его родители, бывало, давали большие вечера, а он старался избегать их. Его отец был радушным хозяином, ему нравилось предлагать людям еду и питье, в действительности он заходил в этом слишком далеко, он, бывало, впихивал еду в людей, и это приводило пациента в замешательство. Официант в его сновидении был столь же навязчив, как и его отец. Он следовал за пациентом, а тот никак не мог отделаться от него. Странно, он ел во сне, а на самом деле он очень мало ест на вечерах. Последнее время у него плохой аппетит, он связывает это со своими трудностями в анализе. Как ему кажется, последнее время он нигде ничего не получает. В этот момент я сделал интерпретацию: «Те интерпретации, которые я предлагал вам последнее время, вы не собираетесь проглатывать. Я следую за вами повсюду, но вы не принимаете то, что я предлагаю вам».

Пациент согласился и сказал: он чувствует существование чего-то такого, что он боится впустить внутрь. Ему кажется, что он погряз в рутине. Он разочаровался в себе, потому что, когда он начал анализ со мной, он чувствовал, что здесь дела пойдут лучше, чем с его предыдущим аналитиком, который был холоден и отчужден. Я спросил его об обстановке, которую он видел в сновидении. Он ответил, что придает большое значение и очень чувствителен к обстановке. Он уделяет большое внимание интерьеру. Длинная пауза. Он боится, что я подумаю, что это феминно, слишком по-женски. Он слышал, что дизайнеры, занимающиеся интерьером, обычно гомосексуалисты. Пауза. Небольшой разговор. Я интерпретирую ему: «Вы, кажется, боитесь говорить со мной о своих гомосексуальных чувствах, вы как бы уклоняетесь все время. Почему вы не можете рискнуть поговорить об этом со мной?»

Теперь ассоциации пациента вели к его страху передо мной из-за того, что я был теплый, а не отчужденный. Он бы чувствовал себя в большей безопасности, если бы я был холоден и дистантен. В каком-то смысле я похож на его отца, я даю слишком много. Он не может вспомнить, как он выражал теплые и любящие чувства по отношению к своему отцу. Он ему нравился, но всегда с некоторого расстояния. Позже, уже будучи подростком, пациент, кажется, относился к отцу как к грубому и вульгарному человеку. «Вы теплый, но вы не грубы и не вульгарны». Моя интерпретация: «Но возможно, вы боитесь, что, если вы позволите своим мыслям и чувствам идти в направлении гомосексуальности, я могу оказаться другим. Кроме того, в сновидении я был также хозяйкой».

Пациент ответил, что не позволяет своим приятелям-мужчинам становиться близкими ему, вне зависимости от того, насколько они ему

нравятся; он никогда ни с кем сильно не сближался и не был очень общительным, хотя он не знает, чего именно боится.

На следующей сессии пациент рассказал, что он проснулся в четыре часа утра и не мог спать. Он попытался мастурбировать, как обычно фантазируя, что большая женщина ласкает его пенис, но это не возбудило его. Затем вклинилась мысль о том, чтобы быть в постели одновременно с женщиной и мужчиной. Он нашел это отвратительным. Мысль о том, что рядом с ним в постели огромный, жирный, седоволосый, с огромным брюхом мужчина, была отталкивающей. Он чувствовал, что это я впихиваю в него такие мысли. Молчание. Я говорю: «И вы не хотели глотать это». Пациент сопротивлялся остальную часть сессии.

На следующих сессиях он продолжал оказывать сильное сопротивление. В конце концов на одной из сессий, после длительного молчания, он сказал, что после прошлой сессии у него было сильное желание помочиться, и он пошел в туалет, расположенный в здании моего офиса. Он никак не мог начать мочиться. После паузы я сказал: «Может быть, вы боялись, что я могу войти». В первый момент пациент пришел в бешенство от моего замечания, потом он успокоился и признал, что это верно, у него была такая мысль. Молчание. Затем я спросил его: «А как все это происходило в ванной комнате вместе с вашим отцом, когда вы были маленьким мальчиком?» Тогда пациент описал, как его отец расхаживал обнаженным перед ним в ванной комнате, осуществляя все свои экскреторные функции, совершенно не сдерживаясь. Однако пациент не мог припомнить, как он чувствовал себя при этом.

Несколько следующих сессий были заняты тем, что он рассказывал о возобновлении сексуальной связи со своей старой приятельницей, но эта связь не принесла ему удовлетворения. Я отметил, что он, как я думаю, пустился в гетеросексуальную связь для того, чтобы избежать гомосексуальных чувств, которые начали всплывать в анализе. Пациент на словах согласился со мной. Однако на следующих сессиях он стал довольно сильно сопротивляться, но уже совершенно по-другому. В конце концов он признал, что теперь я кажусь ему отвратительным и отталкивающим стариком, у нас была та сессия, которую я описал ранее (раздел 3.9422) как пример того, как аналитик может служить «спусковым крючком».

Раскрытие воспоминания о гомосексуальном опыте, относящегося к подростковому возрасту, вызвало у него депрессию, но он преодолел некоторые из своих сопротивлений и стал работать более продуктивно.

Затем была сессия, когда он рассказал фрагменты двух сновидений: (1) он ведет мотоцикл; (2) он находится в старинном здании. Он видит молодого человека, пытающегося вставить ключ в замочную скважину его комнаты. Пациент раздосадован, но спрашивает, не нужно ли помочь. Его ассоциации приводят его к старому отелю

на Ямайке, куда его мать уехала одна в длительный отпуск, когда ему было пять лет. Позже он был там, уже служа в военно-морских силах. Ему не нравится здание моего офиса, оно слишком современно. Последнее время я просто сижу позади него и, как ему кажется, ничего не делаю. Я что, жду, что всю работу сделает он? Он никогда не водил мотоцикл, но слышал, что мой сын умеет это делать. Каково это, иметь отца-психоаналитика? Расхаживают ли психоаналитики голыми перед своими детьми? Я реконструировал это так, что, когда ему было пять лет, мать оставила его одного с отцом, а сама уехала в отпуск. Возможно, именно в это время он видел своего отца обнаженным в ванной, что вызвало у него сексуальные чувства.

Пациент ответил, что он не может вспомнить. Но он вспомнил, что был зачарован, увидев пенисы молодых ребят в летнем лагере. Он пересказал один случай, тогда ему было девять или десять лет, когда он ласкал пенис мальчика младше его. Это был неожиданный и импульсивный акт. Он и тот мальчик были одни в лагерном изоляторе, так как были больны, а все остальные ушли играть. Младшему мальчику было одиноко, он плакал, и пациент забрался к нему в кровать, чтобы успокоить его, и вдруг испытал сильное желание поласкать его пенис. Он сам был шокирован этим, его ужасала мысль о том, что мальчик может рассказать об этом. Позже он вспомнил, что похожие импульсы были у него, когда они раздевались для плавания в школе, но всегда по отношению к младшим мальчикам. Я интерпретировал это так: мне кажется, он сделал с маленьким мальчиком то, что *хотел*, чтобы его отец сделал с ним.

Пациент был сильно удивлен. Он сказал: «Вы хотите сказать, что картина — мой отец, огромный, жирный, с большим животом, отталкивающий мужчина, — была прикрытием?» «Да, это, кажется, так, — ответил я. — Вы использовали эту картину, чтобы скрыть нечто более раннее и более привлекательное. Он стал отталкивающим и вульгарным для вас, и вы установили по отношению к нему определенную дистанцию, защитившись». Пациент немного подумал и сказал: «Может быть, именно поэтому я никогда не был слишком дружелюбен с теплыми и сильно чувствующими мужчинами, даже если они мне и нравились. Я должен был бояться слишком большой близости (пауза). Вот что, возможно, произошло между мной и вами в этом анализе».

3.9443. Технические процедуры: продолжение поиска и реконструкция

Я полагаю, что приведенный выше материал является типичным примером того, как аналитик может проинтерпретировать и частично проработать реакцию переноса пациента. Повторю, что эффективная и полная интерпре-

тация не может быть осуществлена путем единичного вмешательства, но требует повторения и развития, то есть проработки. Материал, который я представил, относится к периоду анализа протяженностью в три недели. Давайте рассмотрим последовательность событий, заострив наше внимание на технических процедурах.

Моя первая интерпретация состояла в том, что пациент отказывается «проглатывать» мои интерпретации, потому что боится гомосексуальных чувств. Пациент частично согласился с этим, признав, что никогда не позволял себе слишком сближаться со своими приятелями, но продолжал при этом утверждать, что он не знает точно, чего именно он боится. На следующей сессии он рассказывает о мастурбационной фантазии, в которую вторглась картина жирного, седовласого, с огромным брюхом мужчины. Он нашел это отвратительным и чувствовал, что я «вталкиваю эти идеи в него». На следующих нескольких сессиях у него появилось сопротивление, на которое я ему указал, но ничего не изменилось.

Затем пациент привнес новый материал, рассказав, как он был вынужден помочиться в здании моего офиса. Я интерпретировал его затруднения при уринации, связав их с фантазией о моем присутствии в туалете одновременно с ним, и проследил истоки этого в детских переживаниях пациента, связанных с его отцом. И снова пациент принял эту мысль только интеллектуально, но подтвердил ее, вспомнив массу переживаний в туалете, связанных с отцом. Однако он оказывал сопротивление вспоминанию любых чувств или импульсов. Он продолжал сопротивляться и попытался использовать гетеросексуальную связь для отвращения гомосексуальных устремлений. Я интерпретировал эту форму сопротивления для него в течение нескольких сессий, до тех пор, пока не возникло новое сопротивление переноса.

Теперь пациент повторно прожил со мной опыт, когда он был вместе с отталкивающим и вульгарным стариком, который имел по отношению к нему гомосексуальные импульсы. Пациент осмелился позволить себе почувствовать это и описать на аналитической сессии, что привело к раскрытию гомосексуального опыта с мужчиной в подростковом возрасте. На следующей сессии он был в состоянии вспомнить свои сны, которые привели через перенос к ассоциациям и воспоминаниям, касающимся наготы отцов и сыновей.

После этого я сделал реконструкцию и сказал пациенту, что по его поведению, сновидениям, ассоциациям и воспоминаниям можно реконструировать следующее: когда ему было пять лет и он был полон эдиповых сексуальных чувств, мать оставила его с отцом, а сама уехала в длительный отпуск. В то время его отец расхаживал перед ним обнаженным в ванной комнате, что стало для него сексуально стимулирующим и привлекательным. Пациент не смог вспомнить какие-либо чувства к отцу, но подтвердил мою реконструкцию, вспомнив производные этого события, а именно свою

очарованность пенисами мальчиков в летнем лагере. Затем он вспомнил сексуальные действия и фантазии по отношению к мальчикам, которые были младше него, что я интерпретировал как отыгрывание с этими мальчиками того, что он хотел бы, чтобы его отец осуществил с ним. Пациент, по-видимому, подтвердил эту интерпретацию, спонтанно осознав, что использовал образ своего отца как отвратительного мужчины для того, чтобы защитить самого себя от гомосексуальных чувств. Он затем осознал, что делал то же самое в ходе анализа и в отношении меня.

В течение трех недель картина переноса на меня радикально изменилась. На протяжении длительного времени он описывал меня как пуританина-отца и реагировал соответственно. Оказалось, что этот фасад служил реактивным покровом, за которым я был отталкивающим и вульгарным мужчиной. Это представление обо мне как о грубом и вульгарном мужчине вызывало упорное сопротивление анализу до тех пор, пока не выяснилось, что она, в свою очередь, является еще одним защитным покровом, который скрывал мой образ как гомосексуально привлекательного объекта.

В процессе проработки могут быть использованы любые виды техник, но существуют две технические процедуры, которые особенно важны. Это «поиски» интерпретации переноса и реконструкция. Под поисками переноса я подразумеваю тот клинический факт, что на каждой сессии, следующей за новой интерпретацией переноса, аналитик должен наблюдать, как изменяется перенос под воздействием этой новой интерпретации. Новая интерпретация переноса должна иметь отзвуки, то есть как-то быть представлена на следующих сессиях. Интерпретация может быть правильной или нет, недостаточной или чрезмерной; в любом случае какие-то ее производные будут проявляться на следующей сессии. Единственное исключение может быть в том случае, когда происходит какое-то важное, непредвиденное событие в повседневной жизни пациента, оно происходит вне анализа и временно узурпирует господство в аналитической ситуации. В других случаях новая интерпретация переноса будет вызывать какие-то изменения в воспоминаниях, сновидениях, ассоциациях, фантазиях или сопротивлениях пациента. Клинический материал, приведенный выше, иллюстрирует это.

Аналитик должен быть особенно внимателен к тому, что происходит в ситуации переноса после того, как он сделал новую интерпретацию переноса. Это не обязательно значит, что аналитик продолжит свою интерпретацию для пациента. Он может это сделать, если пациент, на его взгляд, продуктивно работает с данной интерпретацией. Однако аналитик может искать и другую разновидность переноса, если что-то в материале пациента указывает на нее. Он может спросить пациента, что тот чувствует после интерпретации, если аналитик не видит никаких явных связей с интерпретацией или ее производных в материале пациента. Или же аналитик может молча и терпеливо ждать, когда

пациент начнет работать с новой интерпретацией свойственным ему способом и с приемлемой для него скоростью. В любом случае аналитик должен быть особенно внимателен ко всем изменениям, так же как и к отсутствию изменений, которые имеют место после любой новой интерпретации переноса.

Реконструкция является другой технической мерой особой важности при проработке материала переноса (Freud, 1937b, Kris, 1956a, 1956b). Существует очень тесная взаимосвязь между интерпретацией и реконструкцией, и очень часто их нельзя отделить друг от друга. Специальный раздел по интерпретации и проработке (во втором томе) будет посвящен более углубленному рассмотрению данного вопроса. Сейчас я хотел бы подчеркнуть только особую связь реконструкции с реакциями переноса. Явления переноса всегда являются повторениями прошлого; пациент повторяет со своим аналитиком то, что он не может и не будет вспоминать сам. Следовательно, его трансферентное поведение особенно подходит для осуществления реконструкции прошлого и, таким образом, эта характеристика переноса придает ему особую важность (Freud, 1914c, Freud, 1937b).

В процессе проработки отдельные интерпретации развиваются, углубляются и связываются друг с другом для того, чтобы сделать какой-то аспект поведения пациента более понятным. При попытке выявить значение некоторого фрагмента поведения пациента часто необходимо реконструировать (на основании реакций переноса пациента, его сновидений, ассоциаций и т. д.) некоторую часть прошлой, забытой жизни. Реконструкция является предварительной работой и, если она правильна, приводит к новым воспоминаниям, новому поведению и к изменениям в образе Я. Она часто служит стартовым моментом для «циркулярных процессов», когда воспоминание ведет к инсайту, инсайт — к изменениям, изменения — к новым воспоминаниям, и т. д. (Kris, 1956a, 1956b).

Вернувшись к клиническому материалу, который я представил для демонстрации проработки, можно увидеть, что я сделал две реконструкции. Первая реконструкция: когда пациенту было пять лет, он был полон сексуальных чувств к своей матери. В это время она оставила его одного с отцом и уехала в отпуск. В результате этого отвержения его сексуальные импульсы были направлены на отца, который расхаживал обнаженным перед мальчиком в ванной комнате. Реконструкция, по-видимому, была правильной, потому что стимулировала пациента вспомнить гомосексуальные импульсы по отношению к мальчикам. В конце концов он вспомнил, что действительно ласкал пенис маленького мальчика, и вспомнил много похожих импульсов и фантазий, которые имели место позже. Тогда я сделал вторую реконструкцию: пациент проделывал по отношению к маленьким мальчикам то, что он хотел бы, чтобы его отец проделывал по отношению к нему. Позже он отвернулся от отца, воспринимая его отталкивающим и вульгарным, затем он счел его пуританином и равнодушным.

Пациент подтвердил эти реконструкции, осознав, что он избегал близости со своими приятелями и что он бежал от того же самого в отношениях со мной. Это привело его к большему осознанию своих чувств любви и эмоциональной привязанности ко мне, так же как и потребности во мне. В этот момент в анализе начала проявляться его очень сильная примитивная враждебность к матери, что, по-видимому, подтвердило правильность обеих реконструкций.

Цель интерпретации состоит в том, чтобы сделать какое-то бессознательное психическое событие осознанным, так, чтобы мы смогли лучше понять значение данной части поведения. Однако интерпретации обычно ограничиваются отдельным элементом, отдельным аспектом, отдельной констелляцией. Проработав интерпретацию данного элемента, попытавшись воссоздать историю и последовательность событий, в которую входит данный элемент, мы должны сделать нечто большее, чем интерпретация. Мы должны реконструировать ту часть жизни пациента, которая шла вокруг пациента и внутри него, которая объяснила бы судьбу этого конкретного элемента (Freud, 1937). Нам даже следует попытаться реконструировать поступки, например, матери и отца, если это может помочь объяснить, что произошло с этим конкретным элементом поведения пациента в то время.

Правильная реконструкция является ценным подспорьем для ускорения прогресса проработки. Она ведет либо к новым воспоминаниям, либо к новому материалу в форме сновидений, ассоциаций, покрывающих образований, либо к новым формам сопротивления, либо к изменению образа Я (Reider, 1953b). Реконструкции следует делать тактично. Они не должны быть слишком ригидными или хрупкими, иначе они могут не подойти для того, чтобы заполнить пробелы забытой истории пациента. С другой стороны, они не должны быть слишком бесформенными, потому что тогда они не будут служить тем прочным мостом, по которому нужно будет идти пациенту над неизвестными пустыми пространствами. В конечном счете аналитик должен быть всегда готов внести поправки, модифицировать какую-то часть реконструкции или отказаться от нее в соответствии с клинической картиной реакций пациента.

3.945. ДОПОЛНЕНИЯ

Прежде чем закончить описание обычной техники анализирования реакций переноса, я бы хотел добавить несколько небольших замечаний, которые я считаю клинически и технически важными. С того момента, как пациент встретился с аналитиком, аналитик становится для него важным человеком, точнее говоря, с того самого момента, когда пациент серьезно обдумывает решение встретиться с аналитиком, даже до их действительной встречи, аналитик становится важной личностью в жизни пациента. Поэтому

каждая аналитическая сессия имеет некоторое отношение к данной области. Я не имею в виду, что каждую сессию мы посвящаем поискам материала об аналитике. Я имею в виду, что путем анализирования всего клинического материала аналитик может вникнуть в то, что пациент чувствует в отношении аналитика, даже если явное содержание не имеет буквальной или символической ссылки на аналитика. Я не хочу сказать этим, что интерпретации, собранные таким путем, всегда используются аналитиком. Они могут быть просто намеками, которые хранятся для будущего. Иногда использование такого подхода может прояснить ту сессию, которая в противном случае осталась бы неясной.

> Например, на одной из сессий пациентка весело болтала о самых различных предметах, бессвязно перескакивая с одного на другой, не задерживаясь долго на отдельных вопросах, шла из прошлого в настоящее и возвращалась назад. Я не мог найти общего знаменателя или какого-нибудь заметного аффективного заряда во всем этом материале. Тогда я представил все содержание как нечто, имеющее отношение ко мне, и взглянул на всю ее продукцию как на что-то, счастливо порхающее вокруг меня. Поскольку я чувствовал, что пациентка вполне может принять это, я предложил ей такую интерпретацию. Она рассмеялась и ответила: «Всю эту сессию у меня было такое ощущение, будто я вышла на солнце, оно ярко освещает какую-то мирную загородную картину. И однако же, все это было на заднем плане, я сейчас расскажу вам, что было на переднем плане. Когда я пришла сегодня утром, вы выглядели так по-летнему, и, я думаю, это меня подтолкнуло. Когда я была маленькой девочкой, моя мать, бывало, устраивала для меня сюрприз, вдруг затевая пикник в парке только для нас двоих. Это было такое счастливое время — мы совсем одни, греемся на солнышке».

Я полагаю, что это хороший пример того, как общее содержание сессии может быть исследовано с позиции: что все это говорит обо мне?

Другим техническим моментом является концепция Фенихеля (Fenichel, 1941) о реверсивной интерпретации переноса. Обычно, когда пациент говорит об аналитике, мы стараемся сделать умозаключение, о ком из своего прошлого на самом деле он говорит. Но иногда пациент рассказывает о фигурах прошлого, потому что он сопротивляется тому, чтобы говорить об аналитике, — это способ установить дистанцию между ним и аналитиком. Тогда это более позднее сопротивление должно быть проанализировано в первую очередь, и только после этого аналитик сможет продолжить, прослеживая его в прошлом.

И в заключение несколько слов об идее Борнштейна (Bornstein, 1919) и Лёвенштайна (Loewenstein, 1951) относительно «реконструкции вверх»

как о полезном техническом приеме. Когда кажется, что продукция или сновидения пациента отсылают нас к очень ранним и примитивным импульсам и есть разумные сомнения в том, что пациент сможет справиться с этим материалом, тогда аналитик реконструирует материал в направлении вверх. Это означает, что он, используя материал пациента (аналитику не следует совершенно игнорировать материал пациента, потому что это может вызвать тревогу), интерпретирует его в менее примитивном направлении. Эпизод анализа миссис К., которая начала свою первую сессию с рассказа о сновидении, в котором аналитик осуществлял с ней куннилингус, является иллюстрацией этого. Читатель может вспомнить, что я интерпретировал это как способ удостовериться в том, что я действительно принимаю ее (раздел 3.81).

3.10. Специальные проблемы при анализировании реакций переноса

До сих пор я описывал технические процедуры, которые следует осуществлять при анализировании повседневных разновидностей реакций переноса. Однако у пациентов любой диагностической категории могут возникнуть такие ситуации переноса, которые потребуют особого обращения. Например, острая эмоциональная вспышка может привести к опасному отыгрыванию пациентом своих чувств переноса. В такой ситуации временное отсутствие у пациента разумного Эго потребует применения некоторой техники, отличной от техники анализа. Однако похоже, что за последние два десятка лет или более того увеличилось количество специальных проблем, которые имеют различные источники.

Прежде всего необходимо отметить, что тип пациентов, обращающихся за психоаналитической терапией в период после Второй мировой войны, изменился. Отчасти это может быть связано с возросшей популярностью психоанализа. С другой стороны, теперь мы пытаемся лечить психоаналитически таких пациентов, которые в прошлом не считались подходящими для такого лечения (Stone, 1954b, Freud A., 1954a). Это расширение границ психоаналитической терапии может рассматриваться как экспериментальная

попытка применить терапевтически наши возросшие знания и опыт в отношении психологии Эго и раннего детского развития. Вместе с тем, возможно, в результате нераспознанных отклонений в технике и ошибок в оценке пациента мы сталкиваемся со специальными проблемами.

Данное обсуждение специальных проблем при анализировании переноса будет ограничено теми пациентами, которые с самого начала кажутся подходящими для лечения методом классического психоанализа. Прежде чем пуститься в детальное обсуждение проблемы доступности пациента, я хотел бы вернуться к некоторым ранним и основополагающим идеям Фрейда по этому вопросу. Я буду использовать их как путеводную нить до тех пор, пока мы не перейдем к более полному развитию этих идей во втором томе.

Когда Фрейд (Freud, 1916–1917) дифференцировал невроз переноса от нарциссического невроза, он подчеркивал тот клинический факт, что пациенты, которые развивали невроз переноса, были способны формировать и поддерживать группу согласованных, но множественных и поддающихся влиянию реакций переноса. Эти пациенты, как он полагал, подходили для психоаналитической терапии. С другой стороны, те пациенты, которые страдали от нарциссических неврозов, имели лишь фрагментарные и мимолетные реакции переноса и, следовательно, были относительно недоступными и неподходящими для психоаналитической терапии. Хотя имеются некоторые изменения в представлениях о том, как формируется перенос у пограничных и психотических пациентов, я думаю, что клинические данные говорят о том, что нельзя адекватно работать с явлениями переноса таких пациентов, применяя преимущественно аналитические методы (Fenichel, 1945a, Ch. XVIII, Glover, 1955, Ch. XIII, XIV, Zetzel, 1956, Greenacre, 1959).

Я исключу из следующего ниже перечня проблем лечения те, что возникают у очевидно пограничных и психотических пациентов, а также те случаи, в которых применяются методы, сильно отклоняющиеся от классического психоаналитического метода. Такие проблемы выходят за рамки этого тома (Stern A., 1948, Khight, 1953b, Bychowski, 1953, Jacobson, 1954, Orr, 1954).

3.10.1. Острые эмоциональные волнения и опасные повторные разыгрывания

Чувства переноса пациента могут достигнуть такой интенсивности, которая на протяжении некоторого времени будет препятствовать использованию пациентом своей способности разделять разумное и переживающее Эго. Это часто происходит при повторном проживании инфантильного невроза.

Тогда наша терапевтическая задача будет состоять в том, чтобы помочь восстановить разумное Эго. Очень часто самой лучшей техникой будет просто ждать, давая тем самым пациенту возможность разрядить свои чувства как можно более полно. При этом Эго получает шанс вновь овладеть ситуацией. Иногда может быть даже необходимо или полезно позволить пациенту превысить лимит времени сессии. В другое время может оказаться благоразумнее предупредить пациента о том, что приближается конец сессии, чтобы пациент смог подготовиться к тому, что ему нужно будет уйти. Хотя некоторая опасность с точки зрения удовлетворения переноса может быть в том, что пациент получает дополнительное время, но гораздо большая опасность может заключаться в том, что пациент может уйти, потеряв контроль, переполненный потоком интенсивных эмоций. Аналитику следует использовать все свое клиническое умение при определении лучшего способа действия.

Обычно эти средства помогают адекватно обращаться с эмоциональными бурями. Важно, чтобы установки и тон аналитика были терпеливыми, сочувствующими, твердыми, не критикующими, но и не слащавыми. В конце сессии я обычно говорю пациенту, что мне очень жаль, но я вынужден прервать его, так как время закончилось. Я обычно добавляю что-нибудь в том смысле, что я надеюсь, мы сможем поработать над этой проблемой на следующей сессии.

Я не делаю попыток интерпретировать до тех пор, пока нет признаков того, что разумное Эго присутствует и оно доступно. Только если я чувствую, что я могу призвать разумное Эго, мобилизовать его, и если я уверен в обоснованности интерпретации, я предпринимаю попытку интерпретации. Это может произойти тогда, когда интенсивность эмоций пошла на убыль, но также и в тех случаях, когда разумное Эго не слишком глубоко вовлечено в бурные эмоции и когда интерпретация точная. В таких условиях правильная интерпретация может служить призывом к разуму, моментом для возвращения разумного Эго. Ключом к правильной интерпретации служит осознание того, что острая эмоциональная буря является повторным разыгрыванием прошлой ситуации. Это либо точная их копия, либо копия, искаженная в сторону исполнения желания. Позвольте проиллюстрировать это:

> В ходе аналитической сессии пациентка на мою просьбу рассказать более подробно о недавнем сексуальном переживании среагировала испугом. Сначала она могла рассказывать о своем чувстве страха: она чувствовала, что я прошу ее раздеться. Затем она погрузилась в эту ситуацию и почувствовала ужас. Она больше не рассказывала о своей панике, она переживала ее, так, как будто все это происходило сейчас, на сессии. Она начала неистово кричать на меня: «Нет, я не буду, не буду. Оставьте меня одну, или я завизжу. Уходите прочь, прочь. Боже, помоги мне, помоги. Стоп, стоп, стоп. Пожалуйста, прекратите,

> кто-нибудь, помогите мне...» Все это продолжалось довольно долго. Поскольку накал чувств, казалось, не снижался, а сессия подходила к концу, я просто сказал: «Миссис Смит (пауза), миссис Смит, это садовник напугал вас, миссис Смит, это садовник, а теперь вы здесь, со мной, доктором Гринсоном». Когда я назвал пациентку миссис Смит, она, казалось, не слышала меня, хотя я и повторил это несколько раз. Когда я сказал «садовник», она, казалось, очнулась; она снова слышала меня, она, казалось, пыталась понять, сориентироваться. К тому моменту, когда я сказал: «А теперь вы здесь, со мной, доктором Гринсоном», — она смогла слабо улыбнуться, так, будто теперь она поняла, что произошло. Потребовалось еще несколько минут, чтобы она пришла в себя и к ней вернулось самообладание. Теперь она могла уйти с сессии, контролируя свои эмоции и размышляя о возвращении травматического детского переживания.

Я добился успеха, указав на значение трансферентного переживания, поскольку мог ощутить, что ее работающее Эго было доступно, и я знал из предыдущего материала, что это переживание пришло из соблазнения ее в детстве садовником. Я знал, что могу достучаться до нее словами «садовник» и могу вернуть ее обратно в настоящее, напомнив, где она и с кем.

> Пациент много лет боролся со своим страхом прямо выразить свой гнев и ярость ко мне. Ближе к концу одной из сессий он начал описывать, что бы он сказал мне, если бы был пьян. Он все сильнее бранился, начал стучать по стене кулаком, пинать кушетку ногой и в конце концов соскочил с нее. Он подошел к моему креслу, встал надо мной, погрозил мне пальцем и сказал: «Какого черта вы о себе воображаете?» Я ничего не сказал, но, поскольку он уже собрался уходить из офиса, я выкрикнул ему вслед: «Каково это — сказать наконец папе, что он вовсе не так уж велик?» Пациент остановился как вкопанный при слове «папа». Он обернулся и посмотрел на меня. Его искаженные гневом черты смягчились; он потряс головой; медленно вернулся к кушетке и сел. Потом он медленно сказал: «Да, в конце концов я сделал это, в конце концов, после всех этих лет; я высказал вам все, вам и моему старику, и моему старшему брату, всем вам. Я, в конце концов, почувствовал, что я взрослый мужчина, а не маленький мальчик, притворяющийся мужчиной». Слезы потекли по его щекам.

Параллельно с такими сильными эмоциональными бурями, а часто как их компонент или следствие пациенты будут повторно проживать определенные ситуации из прошлого не только на словах или в чувствах, но и в действиях. Я имею здесь в виду те действия, которые могут стать опасными, если останутся необузданными. Это поведение может быть простым повторным проживанием, слегка искаженным, но приемлемым для Эго отыгрыванием,

или же сильно искаженным, чуждым Эго симптоматическим действием. Первый приведенный пример женщины и садовника является иллюстрацией простого повторного проживания в переносе. Случай разгневанного мужчины представляет собой комбинацию симптоматического действия и отыгрывания. Техническая проблема в любом случае остается той же самой: мы должны помочь пациенту восстановить разумное Эго или рабочий альянс до того, как он уйдет с сессии, если это вообще возможно.

Процедура сходна с той, которую я описывал для работы с эмоциональными бурями — ждать до тех пор, пока эта активность не утихнет и не иссякнет. Если мы понимаем значение данного поведения и если может быть мобилизовано разумное Эго, тогда мы делаем интерпретацию настолько точно и кратко, насколько это возможно. Если же оба метода терпят провал или неприменимы в данном случае, тогда следует прервать это поведение, конфронтировав пациента с реальностью и опасностями, которое несет это поведение. Например, в случае разгневанного мужчины, приведенном выше, что следовало бы сделать, если бы он не остановился, когда я спросил его: «Каково это — сказать наконец папе, что он вовсе не так уж велик?» В таком случае я бы сказал ему что-нибудь вроде: «Мистер Джонс, пожалуйста, подождите минутку, вы можете уйти отсюда, когда захотите, но я не думаю, что сейчас стоит делать это. Вы слишком разгневаны и расстроены из-за меня, и нам следовало бы немного поработать над этим. Не совсем безопасно позволять вам уйти в таком состоянии».

В похожих ситуациях я обычно говорю что-нибудь вроде: «Мне очень жаль, что вы чувствуете себя так плохо, мне хотелось бы помочь, но я не совсем понимаю, что происходит. Давайте поработаем над этим немного, прежде чем вы уйдете».

Был случай, когда одна из моих пациенток, пограничный психотик, встала с кушетки, обвила меня руками, сказав: «Давайте не будем терять время и займемся сексом». Я твердо взял ее за руки, прямо посмотрел на нее и сказал: «Миссис Джонс, я хочу помочь вам, и я могу сделать это, работая. Так что давайте работать вместе и не будем терять время».

Все такие ситуации потенциально опасны для пациента, и с ними необходимо каким-то образом справиться на сессии. Наименее удовлетворительный метод — это использовать силу любого рода, чтобы пресечь определенные действия пациента, тем не менее иногда это — единственно возможный способ предотвратить что-нибудь еще худшее. Тогда твердый, но сочувствующий тон, призыв «Давайте работать» и одновременно удерживание рук пациента остаются последними средствами. Короче говоря, аналитик ведет себя как сильный и обеспокоенный родитель с ребенком, потерявшим над собой контроль. Родственные проблемы, связанные с отыгрыванием, будут рассматриваться во втором томе.

3.10.2. Сессия в понедельник

Правильнее было бы назвать этот раздел «Сессия в пятницу и в понедельник» или лучше всего «Реакции пациента на сепарацию от аналитика из-за уикенда». Для краткости, а также потому, что Фрейд еще в 1913 году говорил об особой реакции пациента в понедельник, о «понедельничной корке»[1], я и назвал этот раздел «Сессия в понедельник». Мы знаем, что наши пациенты будут эмоционально реагировать на любое отделение от аналитика. Некоторые реагируют так, как будто уикенд — праздник, карнавал, другие — так, будто это бросание или оставление. Ференци (Ferenczi, 1919c) описал «невроз воскресенья», который имел место, когда его пациенты не пользовались отвлечением от повседневной работы. Фрейд в работе «Тотем и табу» (Freud, 1913a) и позже в работе «Скорбь и меланхолия» (Freud, 1917b) описал некоторую динамику и структурные изменения, которые имеют место во время праздников. Он развил некоторые из этих идей и дальше в различных работах. Хороший обзор, посвященный этому вопросу, был опубликован в 1955 году Гринштайном. Однако никто из авторов не подчеркивал центральной роли ситуации переноса как детерминанты реакции пациента на уикенд. Я предлагаю исследовать некоторые типичные способы реагирования пациентов в анализе на прерывание аналитической работы, вызванное уикендом.

3.10.21. Уикенд как праздник

Для некоторых пациентов разлучение, вызванное уикендом, является поводом для празднования: это перерыв, передышка, отдых; оно означает возможность восстановления сил после строгостей и требований психоаналитического лечения. Очевидно, это является признаком того, что ежедневная психоаналитическая работа выполняется при постоянном сопротивлении. Удивительно, как часто пациент открыто не показывает присутствия сопротивления до сессии в пятницу или до сессии перед отпуском. Если вдруг, к удивлению аналитика, пациент реагирует на этот перерыв в работе как

---

[1] В работе «О начале лечения» (1913) Фрейд пишет: «Даже небольшой перерыв несколько затрудняет работу. Мы в шутку говорим о «понедельничной корке», когда снова начинаем работу после воскресного отдыха; при более редкой работе возникает опасность не поспеть за реальными переживаниями больного, потерять в лечении контакт с текущей жизнью и сбиться с прямого пути. Иногда попадаешь на больного, которому приходится посвятить больше времени, чем обычный в среднем один час, потому что большую часть одного часа они употребляют на то, чтобы «оттаять» и вообще начать говорить» (*Примечание научного редактора*).

на приближение праздника и веселья, то аналитик должен сделать вывод о присутствии латентного негодования по отношению к психоаналитическому лечению, которое было молчаливым в рабочий период времени. Это показывает, что аналитик, должно быть, является чем-то вроде критического Супер-Эго для пациента. Пациент работает в анализе под давлением чувства долга, по принуждению, покоряется ситуации без проговаривания этой покорности. Пациент может осознавать, а может и не осознавать этого, но его реакции на приближение праздника четко покажут это. Пациенты, которые так чувствуют себя в пятницу, перед уикендами, и пациенты, которые испытывают чувство облегчения и удовольствия в конце каждой психоаналитической сессии, относятся к этой категории.

Когда аналитик является для пациента фигурой критического Супер-Эго, поведение пациента во время уикенда будет состоять из различного рода инстинктивных свобод. В этом случае возникнет изобилие либидинозной и агрессивной активности, обычно с регрессивным, инфантильным оттенком. Поразительно, как пациенты сдерживают свою сексуальную жизнь в течение недели, а затем, во время уикендов, разрешают себе разнообразную прегенитальную активность. Во время уикендов часто наблюдается резкое увеличение активности, направленной на получение предудовольствия[1], мастурбации и случайных связей. Параллельно увеличивается число агрессивных действий. Некоторые пациенты отыгрывают во время уикенда то, что было в их свободных ассоциациях в течение недели. Эти пациенты ведут себя так, будто аналитик является носителем их Супер-Эго. Тогда сессия в понедельник становится сессией для исповеди и искупления вины, «воскресной исповедью». В понедельник такие пациенты очень часто начинают сессию с перечисления всех своих грехов, с чувством большой вины и стыда, страха наказания и большим самоуничижением. Поразительно, что когда такие пациенты случайно встречают своих аналитиков во время уикенда, они бывают шокированы, потому что, согласно их фантазии, аналитик не существует во внешнем мире. Или же они могут фантазировать, что аналитик заперт в офисе, у него нет жизни вне офиса. Некоторые пациенты бывают поражены, встретив своего аналитика на концерте или в театре. Некоторые не будут узнавать его, становясь истерически слепыми и развивая скотому[2] в отношении него. Важно распознавать эту проекцию Ид и Супер-Эго, а также тонкие сопротивления, которые могут неявно работать в течение недели.

---

1 Предудовольствие — эмоциональная реакция на сексуальную стимуляцию, предшествующую половому акту (*Примечание научного редактора*).

2 Скотома — ограниченный слепой участок в поле зрения (*Примечание переводчика*).

3.10.22. УИКЕНД КАК ОСТАВЛЕНИЕ

Для многих пациентов уикенды или интервалы между аналитическими сессиями означают потерю объекта любви. Для них перерыв — это сепарация, отстранение, разобщение, потеря связи или конец. В той или другой форме пациент ведет себя так, будто он чувствует, что потерял объект любви. Он часто реагирует на уикенд так, будто тот означает отвержение его аналитиком. Сессия в пятницу обычно проводится в непродуктивном гневе из-за того, что уикенд означает праздник для аналитика, и он покидает, оставляет пациента. Для такого пациента сессия в понедельник означает конфронтацию между ним, исключенным и обиженным, и отвергнувшим его, агрессивным аналитиком. Для невротически депрессивного пациента сессия в понедельник может также быть воссоединением с утраченным объектом любви и будет вызывать блаженство. Некоторые пациенты чувствуют облегчение, обнаружив, что аналитик выжил, несмотря на исходящее от них пожелание ему смерти. Важно осознавать, на каком уровне это переживается, или хотя бы то, на каком уровне встречаются преобладающие реакции. Более того, что мы видим на переднем плане: влечения или защиты? Видим ли мы агрессивное поведение или попытки компенсации и восстановления?

Для многих пациентов уикенд оживляет эдипову ситуацию. Для таких пациентов уикенд является первичной сценой, из которой он исключен. Он или борется с инцестуозными чувствами, или развивает чувства вины, тревоги или депрессию, или, возможно, он отыгрывает в той или иной форме какой-то аспект эдиповой ситуации. Некоторые пациенты борются с бессознательными пожеланиями смерти и бывают тревожными и нагруженными виной каждый понедельник при встрече со своим аналитиком. Некоторые чувствуют печаль и депрессию из-за исключенности, другие — враждебность с ревнивой завистью. Некоторые пациенты чувствуют и то, и другое и приходят на сессию с депрессивными чувствами или с враждебностью. Другие отрицают такие чувства своим поведением или дают понять: «Я не нуждаюсь в заботе» или «Кому вы нужны». Некоторые пациенты очень упорно работают на сессии в понедельник, искупая свои желания или поведение, вызывающее у них чувство вины, пытаясь таким образом дать аналитику возмещение. На сессии в понедельник некоторые пациенты молчат из-за враждебности и негодования вследствие того, что чувствуют себя отвергнутыми. Некоторые пациенты развивают соматические реакции во время уикендов в попытке разрядить иначе недоступные эмоции или влечения. Типичным для пациента является или привычно ранний, или привычно поздний приход в понедельник. У меня был пациент, который пел в комнате ожидания каждый понедельник и весело насвистывал, что было его попыткой отрицать враждебность и вину, которые он чувствовал в связи с возвращением в аналитическую ситуацию.

Утрата объекта любви по уикендам может переживаться как на оральном, так и на анальном уровне. Я наблюдал пациентов, которые чувствовали, что ничего не продуцируют в понедельник, тогда как другие приходили с большим ворохом материала, который они запасали и сохраняли, чтобы вывалить эту гигантскую «массу» передо мной и получить мое одобрение. Для некоторых пациентов уикенд был оральной депривацией, и они возвращались в понедельник «голодными», чтобы быть «накормленными» мною, «напоенными» моим голосом, а не для того, чтобы услышать, что я им скажу. Одна такая пациентка, миссис К., часто проводила весь уикенд, загорая, в попытке заместить теплого, любящего солнце-отца, как это описывал Ференци (Ferenczi, 1914d).

С технической точки зрения задача состоит в том, чтобы осознать, как реакции на уикенд соотносятся с ситуацией переноса, и сделать так, чтобы пациент также осознал это. Поразительно, как сопротивляются подчас пациенты принятию трансферентного значения их поведения во время уикенда. Сессии в пятницу и в понедельник наиболее важны для раскрытия и демонстрирования важных реакций переноса. Одна из моих депрессивных пациенток страдала запорами каждую пятницу, удерживая свои фекальные массы в себе как заменитель меня, и могла освободиться от них только в понедельник, при возобновлении анализа. Осознание этого было первым крупным достижением в нашем понимании ее орально-анального отношения ко мне.

3.10.23. УИКЕНД И ФУНКЦИИ ЭГО

Некоторыми пациентами, находящимися в довольно сильном регрессивном состоянии, отсутствие аналитика может восприниматься как утрата функций Эго. Это в первую очередь относится к пограничным пациентам, но может возникать и у невротических пациентов, испытывающих муки интенсивного инфантильного невроза переноса. В этом случае аналитик будет функционировать как дополнительное Эго, и отделение от него может привести к потере тестирования реальности, дезориентации, деперсонализации, утрате идентичности и т. д. Бывает необходимо наблюдать таких пациентов в течение уикенда или иметь с ними телефонный контакт. Иногда сообщение пациенту местонахождения аналитика делает ненужным предлагать пациенту кого-то в качестве замены.

Существуют и другие способы использования в переносе пациентами аналитика в качестве функции Эго, и эти способы также могут проясниться во время сепарации. Аналитик может использоваться пациентом для того, чтобы смягчить критические требования Супер-Эго. Тогда во время уикенда такие пациенты могут вернуться к своему сверхкритичному антиинстинк-

тивному состоянию. Такие пациенты не могут попусту тратить время уикендов или праздников, они должны тратить время на что-либо стоящее, на культурные занятия или укрепление здоровья. У некоторых таких пациентов искушения во время уикендов могут вызывать жестокую вину и реакции стыда. Для них сессия в пятницу является началом опасного путешествия, а сессия в понедельник — возвращением к безопасности.

3.10.24. ДРУГИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Существуют пациенты, которые будут прекращать работать по пятницам, руководствуясь формулой «Я покину вас прежде, чем вы меня». Вопрос о том, кто кого покидает, может быть весьма важным техническим моментом при работе с очень нарушенными пациентами. Для того чтобы избавить таких пациентов от острого чувства заброшенности, я нахожу целесообразным позволить им уехать в отпуск на день или на несколько дней раньше, чем уезжаю я сам. Такие пациенты нередко отменяют последнюю сессию перед отпуском аналитика. У меня были пациенты, которые молчали или были непродуктивны по пятницам, для того чтобы продемонстрировать установку «Кому вы нужны?» Они тратят последнюю сессию на то, чтобы показать свое презрение к аналитической работе.

Когда аналитик ощущается главным образом как фигура ненавидимая, сессия в пятницу может означать путь от страдания к свободе, и аналитик может заметить определенную эйфорию у пациента. Однако при таких условиях пациент может впасть в депрессию во время уикенда из-за того, что эта враждебность будет направлена внутрь, или может возникнуть тревога из-за бессознательного ожидания какого-нибудь бедствия, обрушившегося на аналитика.

Реакции на сессию в понедельник будут зависеть от того, что произошло во время уикенда и, помимо всего прочего, от того, какое трансферентное значение имеет аналитик в данное время, является ли аналитик критическим Супер-Эго, утраченным объектом любви, отвергающим объектом любви, нуждающимся Эго или соблазняющим Ид. Является ли фигура аналитика любящей или ненавидящей, благожелательной или суровой, поддерживающей или критикующей?

Вне зависимости от того, что кроме этого происходит в анализе, сессия в пятницу предвещает уикенд и приближающуюся сепарацию от аналитика, и это следует принимать в расчет. Аналогично, что бы ни происходило во время уикенда, тот факт, что событие произошло во время отделения от аналитика, будет влиять на все другие данные. Нередко пациенты реагируют на сессию в понедельник с чувством: «Я стал хуже, и это ваша вина, потому что вы бросили меня на уикенд».

Реакции пациентов на сессию в пятницу и в понедельник будут изменяться в ходе анализа.

Мой пациент, мистер З., который ненавидел сессии в понедельник, потому что не мог допустить, что он скучает обо мне, так как это предполагало бы гомосексуальность, бывал совершенно непродуктивен по понедельникам. Когда же в конце концов он смог выразить свое сожаление при приближении сессии в пятницу, он стал упорно работать и по понедельникам.

Депрессивная пациентка миссис К. чувствовала, что она перестает жить, когда наступает пятница, и становится «зомби» во время уикендов, потому что она более не «подключена» ко мне. Когда она смогла влюбиться вне анализа, она нетерпеливо ждала сессии в пятницу и своего собственного отдыха во время уикенда.

Не следует забывать, что уикенд представляет собой ценную миниатюрную копию того, что аналитик может ожидать в конце анализа.

3.10.25. ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Одной из технических проблем является восстановление рабочего альянса, с тем чтобы аналитик мог анализировать реакцию пациента на сепарацию. Я полагаю, что, когда Фрейд говорил о «понедельничной корке», он имел в виду дневные остатки, переживаемые события сепарации плюс сопротивления, вызванные сепарацией, которые мешают возобновлению терапевтического альянса. Только когда эти остатки и сопротивления выражены и прояснены, аналитик снова может продолжить аналитическую работу.

Другая техническая проблема касается выбора подходящего времени и дозирования интерпретации. Аналитик должен также принимать во внимание то, что с интерпретацией, даваемой в пятницу или перед отпуском, пациенту придется какой-то период времени иметь дело самостоятельно. Следовательно, дозировка новых и болезненных инсайтов должна быть меньше, чем если бы та же самая интерпретация давалась при регулярной работе. Аналитик должен оценить: сможет ли пациент вынести данный инсайт в одиночку в течение такого-то периода времени? Я вспоминаю свою ошибку, связанную с этим, которую я допустил, будучи еще совсем молодым аналитиком.

Молодая женщина-пациентка в пятницу рассказала сновидение, в котором впервые присутствовал отчетливый гомосексуальный образ. Ее ассоциации также затрагивали эту тему. Я сделал то, что, как я ду-

мал, было осторожной интерпретацией ее гомосексуальных чувств по отношению к ее подруге, школьной учительнице. Ответ пациентки на сессии казался вполне соответствующим. Когда она вернулась в понедельник, она была совершенно молчаливой, и это продолжалось две недели. Позже я обнаружил, что у нее возникла деперсонализация во время уикенда, когда она размышляла над моей интерпретацией. Вопрос о дозировке будет обсуждаться более детально во втором томе.

Другой технической проблемой является следующее осложняющее обстоятельство— значение уикенда для аналитика. Хотя это, главным образом, проблема контрпереноса, которая будет обсуждаться во втором томе, она заслуживает упоминания и сейчас. Некоторые аналитики будут реагировать на сессию в пятницу так, будто они покидают своих детей, с тяжелым сердцем или чувством озабоченности, беспокойства, а для других это будет облегчение и радость. Для некоторых аналитиков сессия в понедельник является возвращением с чувством облегчения к тем, о ком они беспокоились. Другие аналитики встречают понедельник с усталой покорностью, как ежедневную работу. Существуют аналитики, которые не могут дождаться сессий в пятницу, и такие, которые не могут дождаться сессий в понедельник. Одни готовы работать и по воскресеньям, а другие уже ко вторнику изнурены и исчерпаны. Я должен сказать, что хотя анализ — это работа, он должен быть работой, приносящей радость, а не мучительной и изнуряющей повинностью. Поразительно, как часто аналитики жалуются на свое утомление. Однако я думаю, что иногда эти жалобы не совсем точны; бывает, что это становится манерой речи, когда модно говорить о своем изнурении. Все это выглядит так, как будто некоторые аналитики стесняются признать, что они получают удовольствие от своей работы, так, будто удовольствие может подразумевать отсутствие серьезности (Szasz, 1957).

Правда, я хотел бы добавить, что многие психоаналитики действительно страдают от перерабатывания, вероятно, это является профессиональным риском. У некоторых значительно больше сессий, чем они могут вести эффективно. Меня поражает, как много аналитиков участвует в напряженной деятельности, выходящей за рамки обычной работы, а именно в собраниях комитетов, научных собраниях, лекциях, семинарах, и т. д., после полного рабочего дня с пациентами. У них остается совсем мало времени и энергии для собственных семей, они слишком истощены, когда начинают работу со своими пациентами на следующий день. Психоаналитический терапевт — это профессия, предъявляющая повышенные требования, и перерабатывание делает их выполнение совершенно невозможным (Greenson, 1966).

Суммируя сказанное выше, необходимо подчеркнуть, что существуют особые клинические и технические проблемы, связанные с сессией в понедельник. Пациент реагирует бесчисленным количеством способов на отделение

от своего аналитика: это зависит от того, какую фигуру из детства аналитик репрезентирует. Но пациент реагирует, и эта реакция должна быть определена и интерпретирована. Необходимо восстановить рабочий альянс, который был нарушен сепарацией и накопленными внешними переживаниями. Все это осложняется контрпереносным значением сепарации во время уикенда.

3.10.3. Не поддающиеся анализу реакции переноса

Я уже говорил о том, что наиболее частой причиной тупика в психоанализе являются «не поддающиеся» анализу реакции переноса. Под этим я подразумеваю такое сопротивление переноса, которое остается фиксированным, упорным, не поддается влиянию, несмотря на то, что с ним вроде бы правильно работают. Достаточно странно, что пациенты с такой проблемой, кажется, хотят и даже рвутся продолжать свой непродуктивный анализ годами. По-видимому, они находят тонкую комбинацию удовлетворения и безопасности в аналитической ситуации, что заставляет их цепляться за лечение и не искать других способов решения своих проблем. Хотя не поддающиеся анализу реакции переноса могут встречаться среди сильно различающихся диагностических групп пациентов, в целях большей концентрации внимания на технических проблемах, я разделю их на две категории. Можно выделить большую группу пациентов, которые при поверхностном взгляде на их клинические проявления и поведение кажутся вполне подходящими для классического анализа, и то, что они все же не подходят, может выясниться только после некоторого периода анализа. Другая группа «неподатливых» пациентов — те, в чьем анализе были допущены неявные, но имеющие большое значение ошибки. Большинство тупиковых ситуаций в анализе является смесью того и другого.

3.10.31. Ошибки в оценке способности к переносу

Обычно мы ожидаем, что пациенты, которые страдают от психоневротических симптомов, не будут иметь очевидных признаков психоза или какого-либо заметного обеднения объектных отношений и будут, видимо, иметь хорошо функционирующее разумное Эго, чтобы быть способными эффективно работать в аналитической ситуации. Тем не менее опыт показывает, что существует значительное число пациентов, которые на предварительных интервью способны удовлетворить всем этим требованиям, а позже оказы-

вается, что они не подходят для психоанализа, даже если количество этих интервью было достаточно и выполнены они были тщательно. Эта особая патология, которая ускользает от доаналитического исследования, четко проявляется только в процессе анализа и, главным образом, при развитии переноса. Только тогда аналитик осознает, что патология пациента связана с его особой спецификой установления объектных отношений, которая является дефектом, мешающим проведению классического психоанализа. Природа этого дефекта состоит в неспособности пациента сформировать рабочий альянс, так же как и невроз переноса. Этот недостаток перевешивает все другие соображения, включая и диагностическую категорию. Я наблюдал шизофренических пациентов, которые поддавались анализу, и невротиков, которые ему не поддавались. Для того чтобы пациент поддавался анализу, он должен обладать способностью формировать оба эти типа отношений с аналитиком одновременно (см. раздел 3.5).

Следовательно, только испытательный период сможет точно показать, подходит или нет данный пациент для психоаналитической терапии (Freud, 1913b; Ekstein, 1950). Однако после испытательного периода может быть трудно, если не невозможно, убедить пациента прервать терапию. Для некоторых пациентов может оказаться необходимым сохранить то, что выглядит как психоаналитическая ситуация, потому что они нуждаются в этом для поддержания своего хрупкого равновесия. Для них терапевтическим будет только фасад психоанализа, а не сущность процедур. Такие пациенты будут часто оставаться на постоянном и искусственном непсихотическом уровне с помощью такой терапии (Fenichel, 1945a, p. 551). Для других пациентов потребуется длительный период подготовительной терапии, прежде чем они будут должным образом подготовлены собственно для психоанализа. Я попытаюсь проиллюстрировать это описанием нескольких неподдающихся анализу случаев, когда пациенты были ошибочно направлены для прохождения психоанализа из-за неправильной оценки того, поддаются ли они анализу или нет.

3.10.311. Эротизированный перенос

Под таким заголовком я бы хотел описать ту разновидность пациентов, которые на поверхности кажутся типичными психоневротиками, но развивают на ранних стадиях анализа не поддающийся анализу эротический перенос. Этих пациентов отличает не только высокая интенсивность переноса, но и качественный фактор. Фрейд (Freud, 1915a) описал тип невротических пациенток, развивающих сильный эротический перенос, который не поддается аналитической технике. Он приписал это их изначальной страстности, неспособности выносить заменители и не поддающейся анализу потребности в любви. Затем Блитцштен (в личном общении) и Раппапорт (Rappaport, 1956) описали

сходные проблемы переноса, отличительной чертой которых являются упорные эротические требования.

У меня было два таких случая, оба с женщинами. (Все случаи эротизированных переносов, о которых я знаю, имели место у женщин-пациенток в анализе с мужчинами). В обоих случаях у меня было такое впечатление от предварительных интервью, что я имею дело со смесью истерических и невротически-депрессивных элементов. Обе пациентки во время предварительных интервью, казалось, относились ко мне вполне адекватно. Я не мог обнаружить у них никаких заметных дефектов в функционировании их Эго; у них, казалось, была склонность к психологизации, хорошее воображение, история достижений, адекватная социальная жизнь и т. д. В обоих случаях жалобы включали сексуальные затруднения и неудовлетворяющую любовную жизнь в их замужествах, тенденции к навязчивым фантазиям ревности, неразборчивым сексуальным связям и проблемы со сном.

Обе пациентки развили сильный сексуальный перенос ко мне уже с первых часов пребывания на кушетке. Их чувства поражали своей интенсивностью и примитивностью. В обоих случаях я испытал сильные затруднения, пытаясь направить их на работу с этим материалом. Они осознавали свои чувства и могли описать свои импульсы и желания, которые были сильно нагружены орально. Они хотели и даже требовали физической близости, телесного контакта, который означал для них инкорпорацию, обладание и слияние. Они были готовы к действиям и едва могли удержать себя от осуществления своих импульсов; они были фрустрированы и приходили в ярость от необходимости вербализации и размышления. Хотя они, казалось, слушали мои комментарии и интерпретации, обычные аналитические меры их не затрагивали, не оказывали на них влияния. Если они соглашались с интерпретацией, это было просто движением губ и средством заставить меня прекратить разговаривать. Они приходили на сессию полные рвения, но не за инсайтом, а только в поисках физической близости. Мои вмешательства казались им не относящимися к делу.

Сначала у меня было такое впечатление, что эти пациентки развили острый, интенсивный и глубоко регрессивный эротический невроз переноса. Но мне никак не удавалось установить с ними рабочий альянс. Их реакции переноса были совершенно Эго-синтонны и не подвергались самонаблюдению. Я стал осознавать безумство их проявлений любви ко мне. То, что, казалось, было разновидностью чувственной страсти, было больше похоже на настоятельный, подтачивающий голод. Их чувства ко мне были не просто невротически искажены, а скорее напоминали бред. Такие реакции были определены как психоз переноса (Little, 1958; Reider, 1957). (В разделе 3.4 я обсуждал различия между невротическими и психотическими явлениями переноса.)

Причиной большой интенсивности и «неподатливости» анализу являлась очень сильная тревога. В обоих случаях я установил, что пациентки были

на грани падения в пучину гомосексуальной любви к матери. Их эротические реакции на меня представляли собой последнюю отчаянную попытку ухватиться за свою собственную сексуальную идентичность. У одной из них имелся дополнительный элемент, на который в конце концов был пролит свет: ее экстравагантные реакции были также отрицанием растущего осознания того, что она лишается контакта с людьми вообще. Это было утратой внутренних объект-репрезентаций.

За весьма короткое время я осознал, что моя первоначальная клиническая оценка этих пациенток была ошибочна. Утрата визуального контакта, сенсорная депривация, которая была вызвана лежанием на кушетке, мобилизовали интенсивный либидинозный голод и защиту. Эти пациентки не подходили для анализа, потому что они не могли вынести тех деприваций, которые требуются при *классическом* психоанализе (Wexler M., 1960). Их способность к формированию и поддержанию объектных отношений была слишком ограничена для того, чтобы они могли вынести все те превратности переноса, которые имеют место в анализе. В случае обычного психоневроза наряду с неврозом переноса существует более реалистичное объектное отношение к аналитику, которое позволяет сформировать рабочий альянс (Freud A., 1954a). Это относительно реалистичное объектное отношение, которое позволяет пациенту рискнуть развить интенсивный невроз переноса. У пациенток, которых я описываю, отсутствовала способность формировать и поддерживать такое отношение в этой сложной комбинации интимности, интенсивности и дистанции, присущей аналитической ситуации. В диагностическом отношении я с опозданием понял, что их, скорее всего, можно отнести к импульсивным зависимым характерам с психотическими тенденциями.

Когда я осознал степень их ограниченности в способности формировать объектные отношения, готовность к эксплозивным отыгрываниям, близость к психозу, я понял, что этих пациенток не следует подвергать строгим требованиям классического психоанализа. Они нуждались в психотерапии, которая не ставила бы под угрозу баланс защиты и инстинкта (Knight, 1953b). Я попытался усилить те защиты, которые казались относительно здоровыми, и усилить другие функции их Эго, предлагая себя как дополнительное Эго и Супер-Эго. Сессии проводились лицом к лицу, без упора на свободные ассоциации. Моя позиция предполагала твердый, прямой, дружеский, но прежде всего, несомненно, терапевтический тон. Я демонстрировал им их ошибки в мышлении и взглядах и предлагал лучшие альтернативы. Я стал их ментором и гидом. Я старался никогда не быть соблазняющим или наказывающим. Постепенно посредством идентификации функционирование их Эго улучшилось, и вместе с этим улучшилась их способность к более зрелым объектным отношениям. В конечном счете одна из пациенток смогла начать более классический анализ с другим аналитиком после полутора лет психотерапии. Другая

пациентка оставалась в психотерапии со мной в течение пяти лет, но эта терапия стала более аналитической в последней ее части. Основания для такого рода решений будут обсуждаться в разделе 3.10.4 «Вопрос о смене аналитика».

3.10.312 Маскированный «перверсия-психоз»[1]

Под таким заголовком я бы хотел описать другую группу пациентов с не поддающимися анализу реакциями переноса, которые сильно отличаются от случаев эротизированного переноса, за исключением одного: обе группы характеризуются значительной ограниченностью и обедненностью в отношении способности развивать реакции переноса. Но если пациенты, развивающие эротизацию, манифестируют сильные чувства переноса на ранних стадиях анализа, то в данной группе пациентов проявления переноса являются неуловимыми и хроническими. Часто требуется много месяцев и даже лет анализа, для того чтобы осознать, что служащее сопротивлению ригидное, неизменяемое трансферентное поведение является не просто отвращением детских конфликтов, но что мы имеем дело с невротическим фасадом нижележащего психоза или перверсией, или с комбинацией того и другого (Pious, 1950).

> Мой коллега попросил меня о консультации по поводу пациента, которого он лечил психоаналитически более десяти лет. Пациент обратился за лечением в связи с сексуальными затруднениями в отношениях с женщинами, а также из-за невозможности эффективно работать. Анализ проводился, но никаких больших изменений в симптомах не было, но при этом не было и никаких признаков желания со стороны пациента (и аналитика) прервать лечение. Ситуация переноса установилась, превратившись в стойкую серию жалоб и упреков пациента, которые выражались хныкающим и стонущим тоном, перемежаясь со случайными вспышками гнева или слез. Аналитик терпеливо выслушивал и в конце концов интерпретировал его поведение, говоря, что это повторение некоторого события из детства. Это обычно успокаивало пациента, который, придя на следующую сессию, повторял тот же самый паттерн. Поведение пациента, состоящее из перемежающихся садистических упреков и мазохистской покорности своему состоянию, вызывающему страдание, разыгры-

---

[1] Термин предложен Р. Гринсоном и не получил широкого распространения. Однако сама идея о взаимосвязи перверсии и психоза встречается еще в поздних работах Фрейда «Фетишизм» (1927), «Расщепление Эго в процессе защиты» (1938). Эта идея нашла свою разработку в работах таких авторов, как О. Кернберг, Дж. МакДугалл, Р. Столлер, Ж. Шассеге-Смиржель (*Примечание научного редактора*).

валось и с другими людьми во внешней жизни. После многих консультаций мне стало ясно, что вся эмоциональная жизнь пациента была строго лимитирована поверхностными объектными отношениями садомазохистской природы. Это был не просто симптом, это был способ жизни, который скрывал сильную латентную гомосексуальную перверсию и параноидные тенденции.

Тщательная реконструкция истории детства пациента показала, что, возможно, в раннем подростковом возрасте у него был острый психотический срыв, который остался незамеченным. Садомазохистский способ отношения к объектам являлся попыткой реституции, это был единственный способ поддерживать хоть какой-то контакт с реальными людьми. Аналитическая ситуация была для него убежищем, потому что она была достаточно отдаленной для того, чтобы быть безопасной, и достаточно либеральной для того, чтобы позволить осуществить небольшую инстинктивную разрядку через вербализацию. Однако лечение было аналитическим только в своей поверхностной структуре. Пациент не был вовлечен в инсайт-терапию, в действительности это была форма игровой терапии (Glover 1955. Ch. XIV; Fenichel, 1945a).

Пациенты описанного выше типа, очевидно, не подходят для психоаналитической терапии. Они, возможно, нуждаются в постоянной психотерапии для того, чтобы их состояние стабилизировалось и не ухудшалось. В ряде случаев, вероятно, можно добиться некоторого улучшения, применяя какую-то форму терапии отношений, а также назначая лекарства. Изредка пациент прогрессирует до момента, когда может быть предпринята аналитическая терапия.

Я бы хотел добавить несколько других клинических типов маскированного «перверсии-психоза», к которым может быть ошибочно применен психоанализ. Я наблюдал пациентов, для которых терапия служила главным образом возможностью для отыгрывания скоптофилических и эксгибиционистских импульсов, были также случаи, в которых отношение к терапевту и терапии стало формой зависимости. Все эти пациенты обладали, в сущности, нарциссическими характерами и упорно цеплялись за отношения к терапевту, потому что у них было мало или совсем не было других значимых отношений с объектами. Эти пациенты развивали тонкий фасад социального поведения, что и было причиной ложного впечатления во время предварительных интервью. Их объектные отношения были настолько обеднены, что они были неспособны позволить самим себе регрессировать. Сделать это означало бы впасть в состояние небытия, где нет объектов, то есть впасть в кататонию. Их отношение к терапевту приносило удовлетворение и было Эго-синтонным. У них не было мотивации изменить это состояние, напротив, у них были все причины, чтобы сохранять его, поскольку для них это было наиболее значимое отношение в жизни.

Ошибка заключалась в том, что их направили на такую форму терапии, которая по самой своей природе угрожала разбалансировать то, в чем они более всего нуждались, то есть фиксированное и конкретное отношение к другому человеку. В каком-то смысле эти пациенты были правы, когда сопротивлялись психоанализу; они держались за своего аналитика, потому что для них это было крайне необходимо. Аналитику было нужно осознать, что его оценка была ошибочной, эти пациенты нуждались в значительно более ощутимой, видимой связи с отзывчивым и поддерживающим терапевтом. Такие пациенты часто декомпенсируются в острые психотические состояния, если подвергаются строгим требованиям аналитической ситуации.

Я сознаю, что точка зрения, которую я представил, спорна. Некоторые аналитики, не колеблясь, анализируют таких пациентов классическим психоаналитическим способом (Rosenfeld, 1952, Rosenfeld,1958). Другие соглашаются, что такие пациенты нуждаются в других терапевтических подходах, но придерживаются мнения, что аналитику следует позволять им регрессировать, сопровождая пациента при этом и заботясь о нем во время его регрессии. После того как они восстановят контроль над собой, они могут быть проанализированы. Я больше всего согласен с Винникоттом (Winnicott, 1955). Иные точки зрения и подходы можно найти в работах других авторов (Wexler M., 1960; Freeman, 1959; Searles, 1965).

3.10.313. Другие типы не поддающихся анализу реакций переноса

Пациенты, описанные выше, не подходили для психоанализа из-за склонности к не поддающимся анализу реакциям переноса, эти случаи можно классифицировать как пограничные состояния, перверсии или латентные психозы. Эти пациенты обратились за психоаналитическим лечением потому, что их истинный диагноз нельзя было поставить, пока они не оказались вовлечены в аналитическую ситуацию. Однако встречаются пациенты, которые, в сущности, являются психоневротиками, и тем не менее они также развивают не поддающиеся анализу реакции переноса. Эти случаи не настолько фиксированы и не поддаются влиянию, как типы, которые были описаны выше, но являются в основном крайними случаями трансферентного сопротивления, описанного ранее (см. раздел 3.8).

Я имею здесь в виду те защитные сопротивления переноса, которые могут быть определены как стойкие разумные реакции переноса. Одной из вариаций этого типа является идеализированная реакция переноса. Существуют пациенты, которые годами могут поддерживать упорный идеализированный перенос к своему аналитику. Эта реакция переноса является Эго-синтонной и с большим трудом поддается анализу. Трудно продемонстрировать им нижележащую враждебность, отчасти потому, что эти пациенты искусно находят

дополнительные фигуры переноса, на которые они смещают свою ненависть. Кроме того, эта идеализация оказывается видом сублимации и апеллирует к их нарциссизму. Более того, это расщепление фигуры переноса делает возможным для пациента сохранить само существование аналитика, «консервируя» его в этом идеализированном состоянии. Если аналитик настаивает на анализировании идеализированного переноса как сопротивления и не дает никакого невротического удовлетворения переноса, то в конце концов эта идеализация разрушается. Тогда выходит наружу чрезвычайно сильная ярость и ненависть пациента, а также параноидная подозрительность (Klein, 1952). Все это прикрывала идеализация, и именно это делало столь трудным раскрытие истинного содержания.

Среди различных типов сопротивлений переноса, которые склонны оставаться непроницаемыми для аналитической интерпретации, находится высокогенерализованная Эго-синтонная реакция переноса. Особенностью таких пациентов является то, что они привычно реагируют на всех людей так, как они реагируют на своего аналитика; это становится чертой характера. Типичным случаем является пациент с навязчивым характером, который изолирует все свои эмоции от повседневной жизни и который живет только мыслями и идеями. Такой пациент имеет настолько глубоко сидящее сопротивление всем эмоциональным реакциям, что он склонен взаимодействовать с людьми только в интеллектуальном плане. Все спонтанные эмоции ощущаются как опасность, с которой нужно бороться. Только контроль и мышление являются надежными и добродетельными.

В некоторых случаях этот способ жизни достигает такого уровня, что возникает впечатление, будто имеешь дело с думающей машиной, а не с человеческим существом. Фенихель (Fenichel, 1945a, Ch. XIV) описывает тип навязчивого характера, который настолько «заморожен», что могут потребоваться годы, чтобы он «оттаял», прежде чем пациент станет поддающимся психоанализу. По-видимому, это ригидные и «фригидные» обсессивные характеры, чей невроз прикрывает тревогу, столь пугающую в качественном и количественном отношении, что не поддается влиянию психоанализа. Мой опыт говорит о том, что часто в таких случаях имеется параноидное ядро, которое контролирует ригидные навязчивости. Мне кажется, что таких пациентов следует лечить не психоанализом, а применять какую-нибудь другую форму психотерапии. Аналитик, который сидит за кушеткой и лишь изредка делает вмешательства, просто «играет на руку» тенденциям пациента изолировать эмоции и неправильно использовать интеллект. Возможно, для таких пациентов лучше подошла бы более ограниченная, проводящаяся лицом к лицу терапия.

Пациент, который хронически осуществляет отыгрывание, также может развить не поддающиеся анализу реакции переноса. Здесь мы вновь сталкиваемся с группой пациентов, которые склонны к аддикциям, импульсивности

и близки к группе «перверсий-психозов», описанной выше. Случаи эротизированного переноса также могут быть описаны как особая разновидность хронического отыгрывания. В разделе второго тома, посвященном проблемам отыгрывания, я попытаюсь рассмотреть эти категории более подробно.

Данный перечень не исчерпывает всех типов пациентов с реакциями переноса, не поддающимися анализу, которые остаются незамеченными до тех пор, пока не будет начат анализ. Я рассказывал о пациенте, страх гомосексуальности которого был так велик, что он не мог позволить себе идентифицироваться со мной, поскольку чувствовал, что это было бы эквивалентно вовлечению в гомосексуальную связь. В течение нескольких лет сопротивление переноса не поддавалось влиянию, пока я не смог понять лежащую в его основе тревогу и не дал ему возможности понять ее.

Несколько примеров, приведенных выше, иллюстрируют клинические и технические проблемы, которые я собирался осветить, а именно случаи переноса, не поддающиеся анализу, которые связаны главным образом с ошибкой аналитика при оценке способности пациента к формированию переноса. Эти пациенты не могут одновременно развивать рабочий альянс и невроз переноса. В некоторых случаях развивается рабочий альянс, но в него вторгается невроз переноса, так что рабочий альянс становится неэффективным. В других случаях то, что кажется рабочим альянсом, является хорошо замаскированным защитным неврозом переноса. Во всех этих случаях у пациента имеется дефект в способности формировать объектные отношения и в функциях Эго (см. разделы 3.4 и 3.5).

3.10.32. ОШИБКИ В ТЕХНИКЕ

Вопрос об ошибках в технике — очень деликатный. Всегда существует опасность, обсуждая ошибки других, выказать самонадеянность или попасть в ловушку, выглядя неумелым или неискренним при описании своих собственных ошибок. Тем не менее необходимо говорить об ошибках в технике, потому что они не редки. Более того, по моему опыту, из таких ошибок, в особенности своих собственных, можно узнать значительно больше, чем из какого-либо другого источника.

3.10.321. Случайные ошибки

Ошибки в технике, которые вызывают появление не поддающихся анализу реакций переноса — это, как правило, неуловимые, давние, повторяющиеся и неосознанные изъяны в технике. Грубые ошибки в технике, которые изредка случаются, могут усложнить развитие переноса, но, поскольку они

легко осознаются как пациентом, так и аналитиком, ущерб, который они наносят, является временным и вполне поправимым. В противном случае такие ошибки могут привести к решению о смене аналитика или типа лечения.

К последнему типу ошибок относится та, которую я совершил в самом начале своей карьеры, когда мне не удалось распознать враждебные чувства переноса пациентки, которая изливала свое раздражение некомпетентным врачом и в то же время была переполнена сексуальным желанием ко мне. Я интерпретировал эту ситуацию как имеющую следующее значение: ее раздражала ее некомпетентная мать, тогда как она желала своего привлекательного отца. Пациентка, казалось, приняла эту интерпретацию, по крайней мере интеллектуально, но почти на всех сессиях следующей недели в ее ассоциациях были намеки на неспособного или неумелого помощника, учителя, доктора и т. д. параллельно с сексуальными чувствами ко мне. В то время я еще не отдавал себе отчета в том, что если материал какой-то сессии повторяется на последующих сессиях, то это свидетельствует о том, что интерпретация была недостаточной или неточной. В конце концов пациентка стала непродуктивной, сновидений не было, говорила она мало. Когда я пытался привлечь ее к работе над сопротивлением, она делала это неохотно, а когда я стал настаивать, она вдруг взорвалась с яростью и презрением ко мне: «Вы «пилите» меня за то, что я не работаю, почему же вы сами не спуститесь со своей башни из слоновой кости и не сделаете хоть самую маленькую часть работы сами, или вы думаете, что это может запачкать ваши лилейно-белые ручки?»

Тогда я понял, что совершенно не осознавал враждебности пациентки ко мне, которая присутствовала наряду с ее чувствами любви. В этот момент я также понял, что сама пациентка осознавала это, что и усилило ее гнев и привнесло элемент насмешки. После небольшой паузы я сказал ей: «Я полагаю, что вы рассержены из-за этого неповоротливого доктора, неуклюжего, неумелого помощника, который появлялся последнее время на каждой сессии. До сих пор я не мог узнать его лица, но теперь вижу, что это я сам». Пациентка фыркнула и рассмеялась в ответ на мое вмешательство. Сначала она протестовала с чувством, что ее злоба и презрение не предназначались для меня, но затем она признала, что была очень обеспокоена, чувствуя, что я избегаю ее. У нее было такое впечатление, что я либо боюсь ее, либо она отталкивающе действует на меня, и что я считаю ниже своего достоинства углубляться в ее проблемы.

По поводу последнего момента я сказал пациентке, что хотя я не осознавал, что она гневается на меня, я надеюсь, что она будет готова исследовать этот гнев. Я подтолкнул ее к свободному ассоциированию, попросив рассказать, что приходит ей в голову, когда она думает о человеке с «лилейно-белыми» руками. Мои замечания и мое

отношение, по-видимому, были эффективными, и пациентка смогла свободно ассоциировать. На этой сессии и на последующих появился ранее скрытый материал об ее аристократичном, высокомерном отце, по отношению к которому она чувствовала восхищение, зависть и презрение. Мое довольно грубое упущение и непонимание этого материала вызвали небольшую задержку, но, кроме этого, я не заметил никаких других последствий моей ошибки.

Здесь я бы хотел привести несколько замечаний об основных принципах, связанных с попытками исправления технических ошибок. Прежде всего, пациенту следует дать возможность отреагировать на ошибку, потому что еще большей ошибкой будет подавить его реакцию, слишком быстро принеся извинения, или же промолчать и долго не откликаться, что травмирует пациента или заставит почувствовать угрозу. Ошибка должна быть открыто признана, но это признание следует использовать для получения материала от пациента, а не для успокоения или нейтрализации его реакции. Я не приносил формальных извинений по поводу своей ошибки, описанной выше, потому что это не было нарушением этикета или норм поведения. Я совершил определенную техническую ошибку, но это не преступление; мне было жаль, что я причинил пациенту излишнюю боль, но такие ошибки входят в зону риска, имеющего место при терапии, и с этим следует считаться.

Я не пытаюсь объяснить причин своей ошибки, так как это проблема моя, а не пациента. Я не вижу причин, по которым следует обременять пациента исповедями, пациент не должен быть моим терапевтом. Я стараюсь показать пациенту словами, тоном и отношением, что я хочу работать над его реакциями на мою ошибку точно так же, как я бы работал над чем-нибудь еще, происходящим в жизни пациента. Я точно так же тщательно исследую это, как и другие вопросы, но не более того. Я полагаю, что краткое описание моих замечаний и поведения во время работы с пациенткой иллюстрирует те общие принципы, которых я коснулся.

3.10.322. Ошибки, связанные с длительным воздействием контрпереноса

Наиболее серьезными при работе с реакциями переноса являются неуловимые, хронические, не осознанные аналитиком ошибки, которые он совершает в течение длительного времени, годами, не замечая их. Они могут иметь два основных источника: а) контрпереносные реакции и б) неправильное понимание пациента (не на основе контрпереноса).

Ошибки, связанные с контрпереносом, возникают тогда, когда аналитик реагирует на своего пациента так, как будто он был значимой личностью

в ранней истории аналитика. Контрперенос является реакцией аналитика на пациента, это как бы параллель по отношению к переносу — нечто, дополняющее его. Часть «контр» в слове «контрперенос» означает аналог, дубликат, а не противоположность, как в контрдействии. Контрперенос может привести к продолжительному неуместному поведению аналитика по отношению к пациенту в форме стойкого непонимания или к бессознательно вознаграждающему, успокаивающему и разрешающему поведению. И снова я должен сказать, что более детальное обсуждение этого вопроса будет представлено во втором томе. Я бы хотел проиллюстрировать этот момент клиническим примером.

В течение многих лет я супервизировал работу уже заканчивающего обучение кандидата. Он был человеком незаурядных способностей и таланта, психоаналитическое лечение заметно прогрессировало, и у меня было такое впечатление, что мы оба получаем удовольствие от супервизий. Вместе с тем он рассказал мне о своих затруднениях с пациенткой, которую он лечил уже несколько лет без супервизии. Она развила устойчивый, неподатливый, враждебный перенос. Мы провели несколько супервизий, обсуждая лечение данной пациентки. Пациентка была молодой привлекательной женщиной, имеющей обсессивное расстройство характера с явной тенденцией к интеллектуализации, множеством реактивных и анальных черт характера и компульсивно-импульсивным псевдосексуальным промискуитетом. Мое общее первое впечатление было такое, что кандидат понимает пациентку и, по-видимому, адекватно справляется с основными техническими проблемами случая.

Постепенно я стал замечать то, насколько чаще при рассказе об этом случае он обращается к своим записям по сравнению с другим случаем, который я супервизировал. Он признал, что испытывает большие трудности при запоминании материала, касающегося этой пациентки, по сравнению с другими случаями. Затем я заметил, что тактику, которую он использует в данном случае, я раньше не замечал у него. *После* того, как пациентка начинала говорить вслед за молчанием, он прерывал ее и спрашивал: «Вы уверены, что рассказываете мне то, что действительно думаете?» Я отметил, что такое замечание подразумевает обвинение; казалось, он предполагал, что она может сознательно искажать материал. Кроме того, он постоянно прерывал ее и не позволял ее мыслям свободно блуждать. Возможно, если бы он подождал подольше, он мог бы лучше узнать, сознательно или нет она удерживает что-то. Кандидат отреагировал на это, покраснев, а затем стал защищать себя, утверждая, что не знает, говорил ли он именно это своей пациентке, или же это искажения при пересказе. Я понял, что супервизия этого случая не приносит удовольствия никому из нас, в отличие от предыдущего случая.

> По мере того как кандидат описывал мне детали своей работы с этой пациенткой, я заметил, что у него есть тенденция реагировать ответным молчанием на ее молчание, склонность делать вмешательства краткими и чрезмерно редкими, быть без необходимости строгим, отмечая малейшие задержки с оплатой, кроме того, он никогда не отвечал на ее вопросы. Короче говоря, я почувствовал, что атмосфера этого анализа была строгой и суровой, возможно, даже жесткой и мрачной. Я почувствовал, что моя оценка была правильной, когда осознал, что враждебные, подозрительные и недоброжелательные реакции пациентки на своего аналитика имели сходство и были как бы ответом на отношение к ней самого кандидата. Я спросил себя, отважился ли бы я поддаться, смягчиться, быть затронутым аналитиком, если бы меня лечили так, как кандидат лечил эту пациентку. Это не было ситуацией лечения, ситуацией, когда доктор пытается помочь пациенту; это была очень искусно замаскированная изнурительная борьба между двумя мрачными разгневанными людьми, которые стараются сокрушить один другого.
>
> Насколько мог тактично я рассказал кандидату, что я чувствую: ему не нравится пациентка, и он, пожалуй, скорее сражается с ней, чем лечит ее. Я не ждал и не хотел, чтобы он объяснял свои реакции или свое поведение; я надеялся, что он привнесет этот материал в анализ со своим собственным аналитиком. Но кандидат не мог сдержаться, он побледнел и после минутной паузы со слезами начал говорить, что последнее время он сам начал думать об этом. Он осознал, что если она отменяла сессию, он получал удовольствие, а также стремился сократить ее сессию, давая ей меньше чем 50 минут. Более того, у него часто бывали сновидения, в которых она была его старшей сестрой, делавшей в детстве его жизнь ужасной, и т. д.

Важным моментом здесь является то, что этот чувствительный и талантливый человек, не зная того, неправильно лечил пациентку несколько лет, бессознательно мстя ей за то, что ему пришлось вынести в детстве. Его реакции переноса на эту пациентку превратили его из сочувствующего терапевта в требовательного и карающего оппонента. Вследствие этого пациентка развила такую реакцию на него, которая была частично реакцией переноса, а частично — реалистической реакцией на потенциально могущую причинить вред личность. Результатом стала не поддающаяся анализу реакция переноса. Кандидат предпринял регулярную супервизию этого случая с другим супервизором и, видимо, после работы над своими проблемами в собственном анализе провел делающую ему честь работу с данным случаем. Мы рассматривали возможность смены аналитика для этой пациентки, но множество факторов исключило эту возможность. В разделе 3.10.4 этот вопрос будет рассмотрен несколько глубже.

3.10.323. Другие затяжные ошибки в технике

Контрперенос — не единственный источник серьезных ошибок в технике при работе с реакциями переноса, хотя он обычно является наиболее частой и наиболее трудно определяемой причиной. Отсутствие клинических знаний, неверные теоретические представления, незнание культурально обусловленного типа личности также могут быть источниками ошибок. Много лет назад мне довелось выслушать коллегу, описывавшего свои длительные затруднения с пациенткой. Мне стало ясно, что он делал интерпретации на эдиповом уровне, но не осознавал и не замечал прегенитальных отношений к матери, несмотря на некоторый очевидный клинический материал. Когда я отметил это ему, он сказал, что ничего не читал об этих «новых идеях», и это никогда не возникало в его собственном анализе. Несколько лет спустя он со стыдом сказал мне, что прошел дальнейший анализ, а также подробно ознакомился с литературой и теперь осознает, насколько слабо он был подготовлен для лечения той пациентки.

Я неоднократно слышал презентации случаев, сделанные людьми, которые, по моему мнению, находились под влиянием какой-то ошибочной теоретической системы. Я знаю случай пациентки, молодой женщины, которой постоянно манипулировал ее терапевт, считавший, что ему следует удерживать ее от развития регрессивной зависимости от него. Он полагал, что это не только необходимо, но и сократит время лечения и приведет к достижению столь же хороших, если не лучших результатов, чем при «ортодоксальном» психоанализе. Он считал себя «прогрессивным» психоаналитиком, «неофрейдистом». Для данной пациентки его техника имела целью не допустить, чтобы возникало длительное молчание; пытаясь преодолеть ее сопротивления, он часто утешал и поощрял ее, поддерживал оживленную и веселую атмосферу на сессии. Это было его сознательное намерение, и, казалось, он в этом преуспел в первые недели терапии, по крайней мере на поверхностном уровне. Однако, когда пациентка начала развивать сексуальные чувства по отношению к нему, эта оживленная и утешающая атмосфера, как мне кажется, приобрела оттенок провокации и флирта.

Когда же пациентка вступила в сексуальную связь с мужчиной намного старше нее и вызывающе демонстрировала это своим конвенциональным родителям, терапевт поздравил ее и не сделал никакой интерпретации инцестуозных и деструктивных аспектов ее поведения. Терапевт настойчиво утверждал, что она была вовлечена в корректирующее эмоциональное переживание, которое он рассматривал как значительное улучшение по сравнению с ее прежней сексуальной робостью. Он не видел в своих манипуляциях ни выражения собственных инстинктивных потребностей, ни враждебности по отношению к психоанализу. Он также не сумел распознать, что новая связь

пациентки была не истинной независимостью, а формой подчинения ему и отыгрыванием ее сексуального переноса. После того как я высказал это свое мнение, у меня не было больше возможности узнать что-либо об этой пациентке до тех пор, пока через несколько лет я не прочитал в газетах о ее выходках.

Я встречал и другие примеры, когда пациентов лечили так называемые «психоаналитики», которые практиковали согласно неким теоретическим и техническим системам, весьма далеким от того, что я пытаюсь описать здесь как классический психоанализ. Иногда такие пациенты подвергались «лечению переносом» и оставались в относительно хорошем состоянии, только пока поддерживался позитивный перенос, но лишь только он разрушался (а это обязательно происходит), наступало резкое ухудшение. В других случаях я наблюдал разновидность искусственного обсессивного невроза, описанного Гловером (Glover, 1955, p. 353—366) в главе, посвященной неточным интерпретациям. Иногда такие пациенты становятся фанатичными приверженцами какой-то разновидности психотерапии и кладут свою жизнь на обращение всех остальных в свою новую веру. Неадекватно анализировавшиеся пациенты имеют тенденцию отыгрывать свой позитивный перенос к той школе терапии, из которой вышел их аналитик или терапевт. Их безответная любовь проявляется в том, что они цепляются за жаргон психоанализа, постоянно говорят об интимных вопросах, находятся в отчаянных поисках новообращенных, которые свидетельствовали бы о том, что их ветвь веры является единственно правильной. «Истинно верующие» в какую-либо форму психотерапии являются настолько же жертвами какой-то неразрешенной реакции переноса, как и люди с «промытыми мозгами». Независимость разума и духа может возникнуть только после тщательного анализа явления переноса.

Завершая обсуждение причин не поддающихся анализу реакций переноса, связанных с ошибками, допущенными в технике, я бы хотел кратко остановиться на тех ситуациях, когда аналитик не понимает той специфической культуры, к которой принадлежит пациент. Я вспоминаю, что столкнулся с множеством трансферентных проблем, когда впервые попытался анализировать негра с Юга. Как можно догадаться, реакции переноса и контрпереноса складывались на основе весьма различного прошлого опыта. Кроме чувств переноса, исходящих от фигур семьи пациента, присутствовали также интенсивные эмоции, происходящие из его чувств к белым людям вообще. Эта ситуация осложнялась также моими собственными реакциями по отношению к южанам и неграм. Решающей же помехой было мое незнание культуры южных негров. У меня были очень большие сложности при оценке уместности определенных реакций пациента, потому что я часто не представлял себе, что в данной ситуации было реальностью.

> Например, у пациента были фантазии, в которых существенно проявились недоверие и подозрительность по отношению ко мне. Долгое время я не осознавал того факта, что каждый раз, когда он подъезжал на машине к моему офису, он буквально вторгался на вражескую территорию. Водители других машин, полиция по соседству, даже просто другие люди в холлах и лифтах здания воспринимались как потенциально опасные. Естественно, это чувство вызывало фантазии. Это было не просто реакцией переноса на меня или производным ранних чувств к родителям. Эти чувства достигали такой интенсивности из-за недавних актуальных переживаний в связи с событиями, которые происходили с ним и его близкими. Первое время у меня были большие затруднения, так как я не чувствовал этой его реакции, потому что не обращал внимания на этот аспект его жизни.
>
> Я часто делал ошибки при дозировании интерпретаций в работе с ним, потому что не осознавал особых тревог или вкрапления враждебности. Моей способности к эмпатии препятствовало то, что я игнорировал некоторые специфические опасности в истории жизни негра с Юга. Когда я проинтерпретировал замаскированный сексуальный объект в его сновидениях как мою жену, вначале я не осознал той интенсивной тревоги, которую вызвал в нем. Это была не только табуированная фигура, потому что это была жена аналитика и фигура матери, но это была белая женщина, а я был не только фигурой отца, но и имеющим власть белым мужчиной.
>
> Вследствие этих и многих других ошибок пациент сохранял ряд мягких, покорных реакций переноса на меня, которые не менялись годами. Только после того, как я достаточно хорошо ознакомился с его культурой и улучшилась моя способность к эмпатии, он смог доверять мне настолько, чтобы позволить себе развить искренние и интенсивные чувства переноса.

Приведенная выше иллюстрация является ярким примером того, как непонимание культуры пациента может помешать работе с переносом. У меня были сходные проблемы, только менее острые, когда я пытался анализировать англичанина-аристократа. Я наблюдал пациентов, которые не были затронуты анализом, хотя он и проводился годами, потому что истоки и происхождение пациентов-американцев и аналитиков-европейцев были совершенно различными. Я полагаю, что большинство аналитиков осознают эту возможность и, когда они направляют пациентов, стараются подыскать аналитика, который не был бы чуждым для пациента. Иногда это невозможно, тогда аналитик должен быть особенно внимателен по отношению к осложнениям такого рода, должен уделять им особое внимание. Наихудшая ситуация складывается тогда, когда аналитик не обращает внимания на это несоответствие и считает не требующим доказательств тот факт, что он может быть эмпатичным даже с пациентами из страны, весьма отличающейся от его собственной.

3.10.4. Вопрос о смене аналитика

Обсуждение таких проблем, как не поддающиеся анализу реакции переноса и ошибки в технике, видимо, должно вести к вопросу о том, когда показана смена аналитика. Этот вопрос и сложен, и деликатен, он редко обсуждается в литературе, но тем не менее часто обсуждается приватно среди аналитиков. Поскольку трудности в развитии реакций переноса и работе с ними являются наиболее частой причиной смены аналитика, краткий обзор этого вопроса будет уместен в данный момент. Более полное изучение этой проблемы мы отложим до того момента, когда рассмотрим такие темы, как доступность анализу, выбор аналитика и проблемы контрпереноса.

Аналитики неохотно признают тот факт, что они могут оказаться неспособными успешно анализировать всех пациентов, доступных анализу. Отчасти это, возможно, остатки фантазий всемогущества или следствие того мнения, что пол и темперамент аналитика не оказывают влияния на реакции переноса пациента. Действительно, традиционное определение переноса подчеркивает тот факт, что явления переноса порождаются пациентом. Однако с увеличением знаний о психологии Эго стало более ясным значение аналитической ситуации в содействии развитию переноса. Личность и умение аналитика являются важными составляющими аналитической ситуации и оказывают влияние на течение реакций переноса. Иначе говоря: хотя и верно, что явления переноса являются, в сущности, смещениями из прошлого пациента, тем не менее аналитик не является ни чистым листом, ни совершенно пассивным участником терапевтического процесса. Личность и способности аналитика будут влиять на последовательность и интенсивность реакций переноса пациента, облегчая или затрудняя работу с ними.

Поразительно, что, хотя большинство аналитиков вроде бы и соглашаются, что им легче работать с одними случаями, чем с другими, они не соотносят это различие с вопросом о показаниях к смене аналитика. Анкета Гловера по этому вопросу подтверждает наличие значительных расхождений во мнениях по этому вопросу (Glover, 1955, часть II). По отношению к обучению кандидатов ситуация иная. Согласно нормам по обучению кандидатов Американской психоаналитической ассоциации, каждому из них предоставляется возможность работать со вторым тренинг-аналитиком, если первый тренинг-аналитик не добивается успеха. Возможно, аналитики с большим опытом лучше осознают свои ограничения.

Существует несколько показаний для рассмотрения вопроса о замене аналитика. Прежде всего, нужно убедиться, что пациент доступен анализу; в противном случае, может быть, лучше сменить терапию, а не терапевта. Если реакции переноса в течение значительного периода времени не откликаются

адекватно на интерпретации, то есть если мы сталкиваемся с не поддающимися анализу реакциями переноса или если не могут развиться значительные реакции переноса, тогда нам следует рассматривать вопрос о замене аналитика. Нелегко определить, что считать «значительным» отрезком времени (см. анкету Гловера: р. 328–330). С субъективной точки зрения я стараюсь не поддаваться своему нетерпению, но вместе с тем я не хотел бы без необходимости продолжать длительную непродуктивную борьбу из-за своего упрямства или гордости.

Вообще я полагаю, что смена аналитика требуется, когда с его стороны повторяются ошибки или когда какая-то единичная ошибка создает необратимую ситуацию. Эти различные показания часто неотделимы друг от друга, то есть ошибки в технике вызывают не поддающиеся анализу реакции переноса или делают пациента не доступным анализу с данным аналитиком и т. д.

Мой собственный клинический опыт научил меня следующим правилам, связанным с вопросом смены аналитика. Через четыре года лечения я рассматриваю каждый случай с точки зрения целесообразности смены аналитика. В моем обычае рассматривать этот вопрос, если к этому времени я не вижу признаков готовности к окончанию анализа. Пациентам, которые возвращаются за повторным анализом, лучше идти к другому аналитику, причем, если это возможно, к аналитику, который отличается от первого по полу или личным качествам.

Для пациентов, которые потеряли родителей в раннем детстве, пол аналитика может быть решающим фактором. Такие пациенты нуждаются в работе с аналитиком того же пола, что и утраченный родитель. В противном случае пациенты будут вынуждены чрезвычайно широко использовать дополнительные фигуры вне анализа, которые будут являться дополнительными фигурами переноса. Последовательная интерпретация этого феномена может перенаправить эту реакцию переноса на переживание ее по отношению к аналитику. Но это не всегда возможно, особенно когда существует значительное несоответствие между личностью аналитика и первоначальными объектами, которые являются источниками чувств переноса. Например, многие из моих пациентов имеют затруднения при реагировании на меня как на ненавистную материнскую фигуру, но большинство из них в конечном счете испытывают это чувство. Однако один пациент, у которого не было отца, никогда не мог реагировать на меня как на ненавистную мать и должен был повторно разыгрывать это с другими фигурами вне анализа. Обратной стороной медали являются ситуации, которые возникают, когда существует слишком большое сходство между личностью аналитика и первоначальным источником переноса. Это приводит к не поддающимся и не доступным анализу реакциям переноса и также требует замены аналитика. Грета Бибринг (Bibring G, 1935) и Гринейкр (Greenacre, 1959) более подробно останавливаются на этом вопросе.

3.10.5. Обучающиеся кандидаты

Развитие переноса при анализе обучающихся кандидатов заслуживает специального рассмотрения, поскольку оно осложняется несколькими факторами. Во-первых, тренинг-аналитик является реально важной личностью и авторитетом для прогресса психоаналитического обучения кандидата. Его решения, выраженные или не выраженные словами, касающиеся вопросов обучения кандидата, будут восприниматься либо как значительное удовлетворение, либо как наказание, которое окажет пагубное воздействие на ситуацию переноса. Более того, чей-либо аналитик обычно является преподавателем, супервизором или тренинг-аналитиком и для других кандидатов, то есть создается реальная сиблинговая ситуация. Помимо этого, в процессе преподавания и чтения докладов тренинг-аналитик раскрывает свои личностные качества кандидату, таким образом теряя свою относительную анонимную позицию, которая облегчает развитие явлений переноса. И наконец, институт, в котором учится кандидат, имеет дополнительное значение для переноса (Kairys, 1964).

Ситуация еще больше осложняется тем фактом, что главным сознательным мотивом для лечения является желание кандидата обучиться. Большинство кандидатов либо не признают, что они имеют потребность в терапии, либо не осознают этого. В любом случае они создают видимость нормальности и имеют тенденцию цепляться за этот фасад, используя его как защиту. В анализе отсутствие острого страдания может блокировать развитие истинного невроза переноса на долгое время (Reider, 1950; Gitelson, 1948, Gitelson, 1954). Дополнительным сопротивлением является тенденция кандидата идентифицироваться со своим тренинг-аналитиком, что является бессознательным способом снискать его расположение. Кроме того, негативные реакции переноса имеют тенденцию не проявляться или же выражаться мягко или покорно и к тому же по отношению к дополнительным фигурам переноса. Поскольку все эти реакции пациента могут вызывать перенос и у самого аналитика, то существует серьезная опасность, что во время тренинг-анализа такие явления переноса не разовьются в максимальной степени и с ними нельзя будет работать так же хорошо, как в анализе вне процесса обучения. Это приводит к тому, что многие тренинг-аналитики предлагают кандидатам пройти повторный анализ с другим аналитиком после обучения (Freud, 1937a; A. Freud, 1950a; Windholz, 1955; Greenacre, 1966a и дополнительный список литературы).

Дополнительный список литературы

Историческое развитие концепции переноса

Hoffer (1956), Krapf (1956), Orr (1954), Servadio (1956); Waelder (1956).

Природа и происхождение реакций переноса

Fairbairn (1958), Greenacre (1966b); Guntrip (1961, Chapt. 18), Hartmann, Kris and Loewenstein (1946), Klein (1952), Nunberg (1932, 1951), Segal (1964, Chapt. 1).

Ранние объектные отношения

A. Freud (1965), Greenacre (1958, 1960), Hoffer (1949, 1952), Mahler (1963), Spitz (1965), Winnicott (1957).

Реальные отношения между пациентом и аналитиком

Alexander, French, et al. (1946), de Forest (1954), Ferenczi (1930), Weigert (1952, 1954a, 1954b).

Отыгрывание реакций переноса

Altman (1957), Ekstein and Friedman (1957), Kanzer (1957), Rexford (1966), Zeligs (1957).

Проработка интерпретаций переноса

Greenson (1956b), Kris (1956a, 1956b), Novey (1962), Stewart (1963).

Проблемы тренинг-анализа

Balint (1948, 1964), Bernfeld (1962), G. Bibring (1954), Ekstein (1955, 1960a, 1960b), A.Freud (1950a), Gitelson (1954), Glover (1955), Greenacre (1966a), Grotjahn (1954), Heimann (1954), Kairys (1964), Lampl-de Groot (1954), Nacht (1954), Nacht, Lebovici and Diatkine (1961), Nielsen (1954), Weigert (1955).

Глава 4

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

После того как мы обсудили анализ сопротивления и переноса, настала очередь остановиться на психоаналитической ситуации. Анализ психоаналитической ситуации дает нам возможность переоценить многие процедуры и процессы, которые мы уже описывали, с новой, имеющей свои преимущества точки зрения. Сводя воедино взаимосвязи пациента, аналитика и сеттинга, мы можем получить дополнительный взгляд на необыкновенные возможности психоаналитической ситуации как терапевтического инструмента. Более того, это может предоставить нам еще одну возможность прояснить сложные взаимодействия трех основных элементов: пациента, аналитика и сеттинга. Хотя их отношения являются взаимосвязанными и взаимозависимыми, каждый из этих трех компонентов, составляющих психоаналитическую ситуацию, стоит исследовать отдельно. В связи с этим мы будем задаваться вопросом: каков вклад каждого из них и как каждый из них влияет на психоаналитическую ситуацию? (Я рекомендую книгу Стоуна (Stone, 1961) как наиболее исчерпывающий источник по данному вопросу.)

4.1. Что в психоанализе требуется от пациента

4.11. Мотивация

Только тот пациент, который сильно мотивирован, будет способен работать в психоаналитической ситуации упорно и с полной отдачей. Невротические симптомы или дисгармоничные черты характера должны вызывать такое сильное страдание, что оно будет побуждать пациента выносить строгие требования психоаналитического лечения. Любопытство и желание понять должны быть дополнены невротическим страданием, чтобы дело не ограничилось

лишь поверхностным психоаналитическим опытом. Пациент должен иметь решимость вынести тяжесть раскрытия своих интимных переживаний, нагруженных тревогой и чувством вины; он должен захотеть потратить значительное количество денег и времени, отказаться от тех вторичных выгод, которые дает его болезнь, а также от быстрых и временных результатов.

В последние годы в поисках более быстрых результатов многие пациенты обращаются за краткосрочной психотерапией, в том числе и за краткосрочными формами психоанализа. Эта тенденция поддерживается и тем, что растет число психоаналитиков, которые соединяют методы психоанализа и психотерапии. Это вызвало путаницу и множество конфликтов в психоаналитических и психиатрических кругах в период после Второй мировой войны, когда сильно возросло количество психиатров, желающих пройти психоаналитическое обучение, тогда как тренинг-аналитиков было совсем мало. Такие книги, как «Психоаналитическая терапия» Франца Александера и его последователей (Alexander, 1946) и книга Фриды Фромм-Райхманн (Fromm-Reichmann, 1950) пропагандировали множество кратких, манипулятивных терапевтических приемов, которые тем не менее претендовали на то, чтобы считаться психоанализом (критику этих попыток см. Essler, 1950b, Essler,1956).

По моему мнению, все формы психотерапии могут быть полезными, если терапевт тщательно изучит их преимущества, ограничения и терапевтические эффекты. Во многих случаях модификации и отклонения от психоанализа вполне могут быть необходимыми, чтобы соответствовать потребностям пациента (Gill, 1954). Фрейд (Freud, 1919a) предсказывал, что когда-нибудь мы будем вынуждены осквернять «чистое золото» психоанализа примесями для того, чтобы лечить большее число пациентов (р. 168). Однако когда психоанализ модифицируется для того, чтобы смягчить доступные анализу сопротивления пациента или удовлетворить бессознательные материалистические цели терапевта, тогда страдают оба — и пациент, и терапевт.

Совершенно другой случай, когда пациент нуждается в психоаналитической терапии, но он еще не готов к ней психологически. Например, некоторые пациенты могут не осознавать того, насколько ограничена их жизнь из-за патологии. Тогда может оказаться необходимым проведение некоторой предварительной психотерапии для того, чтобы подвести пациента к осознанию того, что он нуждается в более радикальной терапии. Анна Фрейд (Freud A., 1928) описывает эту проблему более подробно на материале анализа детей, но я полагаю, что это вполне применимо и ко все большему числу взрослых (Rappaport, 1956).

Давайте вернемся к вопросу о том, в чем должна помочь пациенту его мотивация. Его страдание должно быть достаточно сильным для того, чтобы побудить войти в психоаналитическую ситуацию в качестве *пациента*. Тех людей, которые добиваются психоанализа в целях исследования, для профессио-

нального продвижения, для обучения или из любопытства, следует рассматривать как имеющих сопротивление и нуждающихся в подготовительной психотерапии. Я считаю, что только тот, кто ощущает себя пациентом, может быть проанализирован глубоко, а не поверхностно. Только такой человек действительно будет *стараться* войти в аналитическую ситуацию и работать в ней.

Остается все еще открытым вопрос, будет ли побуждение пациента настолько сильным, чтобы он смог вынести депривации и регрессивные состояния, которые возникают в ходе аналитического лечения. Достаточна ли его мотивация, чтобы вынести неравенство отношений с аналитиком, которое вызывает аналитическая ситуация? Следует иметь в виду, что, когда мы говорим о способности пациента выносить боль и фрустрацию, являющиеся неотъемлемой чертой психоанализа, это не означает, что мы ждем от него, что он будет реагировать невозмутимо или сдержанно или приветствовать болезненные ситуации, описанные выше. Совсем наоборот, на самом деле мы надеемся, что он будет реагировать интенсивно, с яростью, гневом, злостью и т. д., так, чтобы все эти чувства и защиты от них стали бы частью анализа.

Мы надеемся на то, что пациент сможет переживать такие реакции, не разрушая себя или аналитическую ситуацию. Для пациентов с импульсивным оральным характером с их слабым контролем над влечениями и потребностью в быстрых удовлетворениях будет чрезвычайно трудно поддерживать аналитическую ситуацию. Они склонны прерывать лечение путем какого-нибудь разрушительного отыгрывания. Столь же трудной, но менее обращающей на себя внимание будет патологическая покорность пациентов с мазохистским расстройством характера, которые будут молча наслаждаться болью аналитической ситуации. Такие пациенты могут годами проходить то, что кажется анализом, без изменений и без жалоб. Пациенты с нарциссическим характером не будут способны выдерживать относительный аскетизм отношений с терапевтом; очень замкнутые пациенты могут не вынести ощущения дистанции между пациентом и аналитиком. Этот вопрос будет рассматриваться более подробно во втором томе.

4.12. Способности

По сравнению со всеми современными видами психотерапии психоанализ предъявляет значительно больше самых разных требований к пациенту. И дело не только в том, что психоанализ подвергает пациента тяжелым испытаниям в виде депривации, фрустрации, тревоги и депрессии в аналитической ситуации. Что делает психоаналитическую терапию так

необычно требовательной к пациенту — это то, что процессы и процедуры психоанализа нуждаются в осуществлении им более или менее согласованно и неоднократно нескольких пар противоположных функций Эго, колебании между ними, а также сочетании их.

Пациента просят: (а) регрессировать и прогрессировать, (б) быть пассивным и быть активным, (в) снимать контроль и поддерживать контроль, (г) отказываться от проверки реальности и сохранять проверку реальности. Для того чтобы выполнять все это, пациент должен иметь достаточно эластичные и гибкие функции Эго. Может показаться, что это находится в противоречии с нашим более ранним описанием невроза как результата недостаточности функций Эго. Но что характеризует доступного анализу невротика? То, что его патологические функции Эго ограничены областями, которые более или менее непосредственно связаны с его симптомами и патологическими чертами характера. Несмотря на свой невроз, пациент, который поддается лечению, должен сохранять способность эффективно функционировать в сферах, относительно свободных от конфликтов (Hartmann, 1951).

Таким образом, пациент, доступный анализу, будет в состоянии осуществлять противоположные функции Эго, описанные выше, все то время, пока они не будут слишком явно затрагивать его невротические конфликты. Однако поскольку производные невротического конфликта всегда ищут разрядки, то в конце концов та или иная из этих оппозиционных функций Эго будет вовлечена в невротический конфликт, будет повреждена и проявится как сопротивление аналитическому процессу. В этом случае клинические данные покажут, что утрачена гибкость и эластичность некоторых функций Эго, проявится какая-либо форма ригидности или же какая-то функция Эго будет временно утрачена.

Например, пациент может оказаться не в состоянии регрессировать в направлении первичного процесса мышления при свободном ассоциировании и будет оставаться логичным и соблюдающим порядок во всей своей продукции. Или же пациент окажется неспособным прекратить поток свободных ассоциаций, когда я спрошу его о конкретных исторических данных, и не будет даже осознавать этого недоразумения.

Психоаналитическая терапия требует, чтобы невротический пациент имел достаточно эластичное Эго, такое, чтобы оно могло осуществлять противоположные функции и сочетать их, принимая во внимание те ограничения, которые накладывает невротический конфликт. По мере того как лечение будет прогрессировать, аналитик вправе ожидать расширения тех областей, где Эго будет гибким. Давайте разграничим различные процедуры, которые выполняет пациент, и те процессы, которые в нем происходят, для того, чтобы увидеть, каких именно специфических способностей требует от него аналитическая ситуация.

Для того чтобы приблизиться к свободному ассоциированию, пациент должен быть способен частично и временно отказаться от своего контакта с реальностью. Вместе с тем он должен быть способен давать точную информацию, вспоминать, а также выражать свои воспоминания так, чтобы это было понятно. Он должен быть способен переходить от вторичного процесса мышления к первичному и обратно. Мы ждем от него, что он позволит себе предаваться фантазиям и наряду с этим будет выражать их как можно лучше словами и чувствами, которые будут понятны аналитику. Пациент должен иметь довольно психологический склад ума, чтобы он мог чувствовать, в какой степени аналитик способен следовать за ним. Мы требуем от пациента быть способным выслушивать нас и стараться понимать наши вмешательства, а также свободно ассоциировать к тому, что мы сказали. Его Эго должно быть достаточно эластичным, чтобы он имел возможность регрессировать, а затем выходить из состояния регрессии (Freud A., 1936; Zilboorg, 1952b, Loewenstein, 1956, 1963; Bellak, 1961; Kanzer, 1961; Altman, 1964). Он должен иметь способность к совместной работе с аналитиком, а также позволять себе регрессировать и развивать различные разновидности и разную интенсивность любви и ненависти к аналитику. Короче говоря, он должен развить способность переходить от рабочего альянса к неврозу переноса и обратно. Это означает, что в сфере объектных отношений пациент также должен иметь достаточную гибкость для того, чтобы быть способным переходить от регресса к прогрессу и обратно, а также формировать различные комбинации того и другого.

Пациент должен иметь некоторую способность выносить неопределенность, тревогу и депрессию, фрустрацию и унижения, которые возникают в ходе психоанализа, не прибегая к разрушительным действиям. Мы просим пациента позволить себе увлечься эмоциями во время аналитической сессии, так, чтобы он мог почувствовать это переживание как подлинное. Но мы не хотим, чтобы он стал безрассудным и дезориентированным. Мы ожидаем, что после сессии он спокойно поедет домой, никого не убив по дороге, вне зависимости от того, насколько сильно он регрессировал во время сессии. Более того, мы надеемся, что пациент и вне аналитических сессий будет размышлять над инсайтами, которые он получает в ходе анализа, и что он будет привносить новые значимые инсайты, связи, воспоминания и сновидения. Но мы совсем не хотим, чтобы он жил так, будто вся его жизнь — это гигантская аналитическая сессия.

Мы просим пациента не совершать радикальных изменений в своей реальной ситуации до тех пор, пока она не будет тщательно проанализирована. Для этого пациент должен быть терпеливым, способным откладывать действия и вместе с тем не становиться безропотным и не впадать в отчаяние (это особенно важная проблема при анализе кандидатов).

Психоанализ требует, чтобы пациент относился, насколько это возможно, искренне и спонтанно к окружающим его значимым людям, и вместе с тем мы надеемся, что он привнесет свои переживания в аналитическую сессию. Снова и снова мы видим две противоположные группы функций Эго, которые требуются от пациента: он должен быть способен к переживанию, так же как и к самонаблюдению, должен быть пассивным и активным, допускать относительную бесконтрольность и, напротив, полностью брать контроль над собой.

Для того чтобы продуцировать аналитический материал, пациент должен быть способен регрессировать и прогрессировать. Он набирает материал на стадии регрессии и сообщает его, вернувшись в нормальное состояние. До того как пациент сможет ассимилировать инсайты, данные ему аналитиком, он сначала должен проверить их обоснованность, заглянуть внутрь себя, обдумать, поразмышлять, а уже затем их усвоить. Синтетические и интегративные функции Эго пациента совместно с его рабочим альянсом делают проработку возможной. Спустя некоторое время новые инсайты ведут к переориентации и повторным приспособлениям (Bibring E., 1954).

4.13. Черты личности и характера

Мотивации и способности пациента, которые позволяют ему работать в анализе, тесно связаны с чертами его личности и характера и зависят от них. Определяя, сможет ли пациент удовлетворять требованиям психоаналитической ситуации, гораздо проще говорить о негативных критериях, чем о позитивных. Противопоказания для психоанализа гораздо более точны, чем показания (Freud, 1904; Fenichel, 1945a; Knight, 1952; а также дополнительный список литературы).

Обзор работ, на которые мы сослались выше, показывает, что, по мнению большинства авторов, диагностическая категория не является надежным ориентиром, за исключением длительного открытого психоза. Оценка того, подходит ли пациент для анализа, должна включать оценку здоровых черт его личности и характера наряду с его патологическими чертами. Все, что касается вопроса анализируемости, будет обсуждаться подробно во втором томе. Более того, по моему мнению, те черты, которые требуются от пациента для прохождения анализа, качественно схожи с теми, что требуются от психоаналитика, и я предпочел бы обсудить их сначала в отношении аналитика.

4.2. Что в психоанализе требуется от психоаналитика

Для того чтобы практиковать терапевтический психоанализ, психоаналитик должен быть способен выполнять определенные технические процедуры по отношению к пациенту и к себе самому, а чтобы выполнять эти процедуры на высоком уровне, психоаналитик должен уметь использовать некоторые собственные психологические процессы, так как именно то, что происходит в его психике, является самым ценным средством, которым он обладает для приобретения инсайта относительно психики другого человека. Как следствие этого искусность психоаналитика неразрывно связана с его собственным бессознательным и той степенью, в которой оно доступно для использования его сознательным Эго.

Высокий интеллектуальный и культурный уровень действительно требуется от аналитика, однако доступность бессознательного даже более важна. То требование, что все психоаналитики, прежде чем им позволят приступить к психоаналитическому лечению пациента, должны сами пройти через психоаналитическую терапию, имеет своей целью не только дать аналитику личную убежденность в действительности бессознательных факторов, но и десенсибилизировать его в тех областях, где его собственные проблемы могут исказить его суждение. Личный анализ самого психоаналитика имеет конечной целью сделать доступными для его сознательного Эго важные бессознательные влечения, защиты, фантазии и конфликты его собственной инфантильной жизни и их дальнейшие производные. Некоторые из этих конфликтов будут разрешены, некоторые будут модифицированы в более адаптивные формы, другие останутся неизмененными, но станут доступными. Для практикующего психоаналитика решающим является то, что его бессознательные конфликты являются контролируемыми и доступными для использования в его работе с пациентами.

Степень разрешения собственных конфликтов, несомненно, будет влиять на искусность аналитика. Его способность достигать инстинктивного удовлетворения без конфликта будет увеличивать способность его Эго к нейтрализации определенных функций, повышать автономность функций Эго и их адаптивность. Это же верно в отношении внутрисистемных конфликтов (Hartmann, 1951, p. 145).

Искусность психоаналитика основывается на его психологических процессах, которые также формируют его личность и характер. Степень

разрешения невротических конфликтов оказывает влияние даже на его знания и интеллект. Я бы пошел даже дальше и сказал, что те мотивации, которые привели его в сферу психоанализа, также оказывают влияние на то, как он работает со своими пациентами. Умения, знания, характер и мотивация являются существенными условиями. Все они взаимосвязаны и переплетены с сознательными и бессознательными эмоциями, влечениями, фантазиями, отношениями и ценностями психоаналитика. Тем не менее для того, чтобы это было яснее, я искусственно разделю эти факторы на три группы — умения, черты и мотивации — в поисках ответа на вопрос: «Что психоанализ требует от аналитика?» Читателю рекомендуется прочитать два прекрасных эссе Эллы Шарп (Sharpe, 1930, Sharpe, 1947) по этому вопросу, а также работы Стоуна (Stone, 1961) и Гринсона (Greenson, 1966).

4.21. Умения, которые требуются от психоаналитика

4.211. Понимание бессознательного

Наиболее важным умением, которым должен обладать психоаналитик, является его способность соотносить сознательные мысли, чувства, фантазии, импульсы и поведение с их бессознательными предшественниками. Он должен быть способен чувствовать, что лежит за различными темами, о которых говорит его пациент во время аналитической сессии. Он должен вслушиваться в явную мелодию, но слышать также скрытые (бессознательные) темы «левой руки», контрапункт. Он должен, посмотрев на фрагментарные картины, нарисованные пациентом, быть способным перевести их обратно в первоначальную и бессознательную форму. Позвольте мне привести типичный и простой пример.

> Молодой человек говорит о своем гневе и отвращении, которые вызывают у него туалетные привычки его старшей сестры. Она оставляет дверь слегка приоткрытой, так что он случайно может увидеть ее безобразные обнаженные груди. Он может даже слышать различные звуки в туалете, и они отвратительны. Когда он после этого входит в ванную комнату, он старается не дышать, но все же может чувствовать запахи ее тела и ее пудры. Ее волосы на ванне вызывают у него позывы к рвоте. Несмотря на бросающиеся в глаза сознательный гнев и отвращение, довольно легко уловить на заднем плане сексуальный

> интерес молодого человека к телесным отправлениям сестры. Его бессознательные фантазии о том, что он берет различные части ее тела в рот, заставляют его чувствовать отвращение и тошноту. Он не злится на нее за то, что она уродлива, наоборот, он злится на нее за то, что она возбуждает его.

Как аналитик может прийти к такой интерпретации? Тот, кто преодолел детскую амнезию, может вспомнить или легко представить себе, что туалет был местом чувственных удовольствий в детстве и что подглядывание также приносило удовольствие. Сестры или матери были сексуально привлекательны, прежде чем был возведен барьер отвращения в качестве защиты. Никто не заглядывает «случайно» за слегка приоткрытую дверь, если не хочет этого. Запретное или недоступное может восприниматься как чрезвычайно привлекательное или безобразное, противоположности очень близки друг другу. Никто не будет стоять и слушать шумы, доносящиеся из туалета, если он не получает от этого удовольствия, что и делают обычно дети сознательно, а взрослые — бессознательно. Вид волос на ванне, возможно, вызывает фантазии о других частях тела, покрытых волосами, и позывы к рвоте могут появиться только тогда, когда кажется, что нечто отвратительное попало в рот.

Вообще говоря, отвращение является реакцией на чувство или представление о чем-то отвратительном, что вступило в контакт с телом. Дети и взрослые имеют сильные влечения брать приятные, любимые или возбуждающие объекты в рот. Все дети делают это открыто и сознательно, взрослые — более сдержанно или бессознательно. Неуместное отвращение говорит о вытесненном желании коснуться или положить в рот что-то, что сознательно считается «грязным».

Если аналитик проработал эти проблемы внутри себя, то для него не будет трудно слушать этого молодого человека, ассоциировать по отношению к его материалу и перемещаться в прошлое к родственным этому материалу латентным воспоминаниям или фантазиям. В таком случае аналитику не нужно проделывать большую интеллектуальную работу. Собственные ассоциации аналитика, возникшие по отношению к сестрам, туалетным сценам и звукам, собственные реакции отвращения, имевшие место в прошлом в сходных ситуациях, очень быстро приведут его к скрытым импульсам и фантазиям. Для того чтобы аналитик мог определить, соответствуют ли его ассоциации ситуации пациента, ему следует перейти с позиции участника на позицию наблюдателя, от эмпатии к интроспекции, от мышления, ориентированного на решение проблем, к интуиции, от более вовлеченной к более отстраненной позиции.

Для облегчения таких перемещений аналитику следует слушать пациента с равномерно распределенным вниманием (Freud, 1912b). Аналитик пользуется как отстраненной точкой зрения, так и вовлеченной, он готов перемещаться

туда и обратно в зависимости от того, чего требует ситуация. Эта способность колебаться между положением наблюдателя и участника описана Ференци (Ferenczi, 1928b), Штербой (Sterba, 1929), Шарп (Sharpe, 1930), Райхом (Reich, 1948) и Флиссом (Fliess, 1953).

В случае, материал которого приведен выше, я слушал все то, что говорит пациент, и следовал своим собственным ассоциациям до тех пор, пока не почувствовал, что я уловил бессознательное значение этого материала для пациента. Теперь я хотел бы описать ситуацию, в которой должна быть использована более сложная группа психологических процессов.

Пациентка на сессии рассказывает о не принесшем удовлетворения сексуальном переживании, которое она испытала со своим мужем прошлой ночью. У нее было сексуальное желание, но в ходе коитуса что-то блокировало ее способность пережить оргазм. Она не уверена, что было этим помешавшим событием, в сексуальной игре не было ничего необычного, но именно тогда появились затруднения. Муж целовал ее влюбленно, касался кожи руками и ртом, ласкал груди и т. д., но ее возбуждение исчезло. Описывая свои затруднения, пациентка говорила несколько раздраженно, но вместе с тем печально. Ее ассоциации привели к недавнему званому обеду, но печаль ее все возрастала, ассоциации исчезли, и пациентка замолчала.

Я не понимал ее молчания и ее печали и поэтому попросил ее вернуться к сексуальному переживанию и позволить своим мыслям течь свободно. Она печально сказала, что в этом нет ничего нового, это не вина ее мужа, он был внимателен, страстен, нежен, всеми этими качествами она обычно наслаждалась. «Он был даже гладко выбрит», — сказала она с улыбкой, вздохнула и слезы потекли по ее лицу. Я был поставлен в тупик. Я быстро еще раз обдумал то, что она мне рассказала, но мои ассоциации не дали мне ни одного ключа. Я подумал о прошлой сессии, но это также не помогло мне. Я думал, что был в хорошем контакте с нею на этой сессии, но теперь чувствовал, что «потерял» ее.

Тогда я изменил способ, которым слушал ее. Я перешел с позиции внешнего слушателя на позицию слушания изнутри нее. Я должен был представить, что какая-то часть меня стала пациенткой, и пройти через ее переживание так, как будто я — это она, и с помощью самонаблюдения понять, что будет происходить внутри меня. То, что я сейчас пытаюсь описать, — это те процессы, которые происходят, когда аналитик чувствует эмпатию к пациенту (см. Fliess, 1953; Schafer, 1959; Greenson, 1960). Я позволил себе пережить те события, которые описывала пациентка, я также позволил себе пережить эту аналитическую сессию, ее ассоциации и ее аффекты так, как она, вероятно, проходила через все это на сессии. Я вернулся к словам пациентки и трансформировал их в картины и чувства в соответствии с ее лич-

ностными чертами. Я позволил себе ассоциировать к этим картинам с точки зрения *ее* жизненного опыта, *ее* воспоминаний, *ее* фантазий. Поскольку я работал с этой пациенткой несколько лет, я построил рабочую модель пациентки, состоящую из ее физической внешности, ее поведения, ее манеры двигаться, ее желаний, чувств, защит, ценностей, отношений и т. д. Именно эту рабочую модель пациентки я поместил на передний план, когда пытался уловить, что она переживает. Все остальное мое «Я» было на то время изолировано и помещено на задний план.

По мере того как я просматривал те события, которые пациентка описала (на этот раз как если бы я был пациенткой), появилось несколько новых идей. Ее муж, как сказала пациентка, «осыпал»[1] ее поцелуями. Когда я был наблюдателем, это не вызвало во мне никакого особенного образа. Однако, когда я стал пациенткой, на ум пришла сцена из детства — когда она принимала душ вместе с отцом. Это было одно из немногих приятных воспоминаний о ее обычно сердитом отце. Один элемент воспоминания особенно запечатлелся: ее отец был очень волосат. Из-за этого он казался чувственным, но также и пугающим. Она помнила наиболее живо его щетинистую бороду, когда он целовал ее. В этот момент последнее замечание пациентки вернуло меня назад, в меня-аналитика: «Он был даже гладко выбрит». Сначала я думал, что это относилось к ее матери. Теперь я понял, что гладко выбритый, любящий и внимательный муж вызвал контрастирующую картину ее вытесненных сексуальных желаний к ее чувственному и садистическому отцу. Когда эти мысли пришли мне в голову, пациентка снова начала говорить о званом обеде, о том, что ее партнер по обеду жевал пищу с открытым ртом — то, что вызывало у нее отвращение в отце. Теперь я был убежден, что моя эмпатия помогла мне раскрыть бессознательное беспокойство, касающееся сексуального переживания пациентки. Ее муж вызвал воспоминания о бессознательно любимом отце, поэтому она не могла достичь оргазма и поэтому с такой печалью оплакивала его гладкое лицо.

Этот клинический пример иллюстрирует ценный метод для понимания трудноуловимых и сложных скрытых эмоций другого человека. Эмпатия подразумевает разделение и переживание чувств другого человека. Аналитик разделяет эти чувства с пациентом на качественном уровне, но переживает их с иной интенсивностью. Его мотивом в психоанализе является поиск понимания, а не использование этого переживания для замещающего удовольствия. В сущности, это предсознательное явление; оно может быть сознательно инициировано или прервано; оно может происходить молча и автоматически,

---

1 Осыпать — to shower (*англ.*) = принимать душ (*Примечание переводчиков*).

сочетаясь с другими формами отношения к людям. Основной механизм состоит в частичной и временной идентификации с пациентом на основе его рабочей модели, которую аналитик сформировал во время работы с ним.

Помещая рабочую модель пациентки на передний план и отодвигая все, что есть во мне личного или уникального, на задний, я позволил словам и чувствам пациентки войти в меня. Модель реагировала идеями, чувствами, воспоминаниями, фантазиями и т. д. В приведенном выше примере слово «осыпал» вызвало ключевую ассоциацию модели — воспоминание о душе с отцом, которое привело к ассоциациям о волосатости и бороде — к «ага»-переживанию. «Ага» показывает, что рабочая модель моего участвующего Эго привлекла внимание моего анализирующего Эго — наблюдателя. Теперь моему анализирующему Эго следовало определить, какое значение имеет данный бессознательный материал.

Это приводит нас к использованию интуиции, которая тесно связана с эмпатией. Эмпатия и интуиция являются способами достижения быстрого и глубокого понимания. Эмпатия является методом установления тесного контакта на языке эмоций и импульсов. Интуиция делает то же самое в отношении идей. Эмпатия ведет к чувствам и картинам. Интуиция ведет к «ага»-реакции, которая показывает, что вы попали в цель, или к «ой»-реакции, которая указывает на то, что вы потерпели неудачу.

В последнем клиническом примере эмпатия заставила меня почувствовать потерю контакта, эмпатия привела от образа «быть осыпанным поцелуями» к образу «душа вместе с отцом». Интуиция подсказала мне, что я на верном пути, и быстро связала «волосатость», «щетинистую бороду», «гладко выбритое лицо» и ее «плач», последовавший за этим. Моя эмпатия к пациентке вызвала во мне ощущение справедливости этой связи.

Эмпатия является функцией переживающего Эго, тогда как интуиция, по-видимому, является функцией наблюдающего Эго. Два этих феномена могут приводить друг к другу и смешиваться друг с другом различными способами. Но эмпатия более требовательна с точки зрения эмоций, она представляет собой эмоциональную вовлеченность и требует способности к контролируемым и обратимым регрессиям не только функций Эго, но и объектных отношений. Это сходно с творческим переживанием художника, которое описал Крис (Kris, 1950). Интуиция эмоционально менее требовательна, в сущности, это процесс мышления, хотя и регрессивный.

Эмпатия и интуиция являются основой *таланта* постигать бессознательные значения, стоящие за сознательным материалом; лучшие терапевты обладают в достаточной степени и тем, и другим. Способность к эмпатии является основным требованием, при ее отсутствии едва ли возможно проведение эффективной вскрывающей терапии. Способность к интуиции дает сноровку, но без эмпатии она может вести к заблуждению и быть ненадежной.

До сих пор те стороны искусства психоаналитика, которые я описывал, относились к использованию предсознательных и бессознательных процессов. Вопрос, который теперь возникает, состоит в том, какую роль играет интеллектуальное знание психоаналитической теории и практики в психоаналитической ситуации. Хотя хорошее знакомство с собственным бессознательным и его доступность являются для аналитика самыми важными условиями для осуществления психоанализа, знание теории психоанализа, конечно же, также является необходимым. Ставшее клише утверждение, что никто не может быть полностью или совершенно проанализированным, означает, что у каждого есть области, куда его сознательное Эго не может проникнуть. Более того, существуют еще и флуктуации, изменения в инстинктивно-защитном балансе, в функционировании Эго, в равновесии контрпереноса и рабочего альянса, все это может временно уменьшить доступность бессознательного или возможность положиться на него.

В таких случаях особенно важно иметь на вооружении знание теории психоанализа. Даже при идеальных условиях клинические и теоретические знания могут быть необходимыми для того, чтобы объяснить аналитику значение данных, которые были получены с помощью эмпатии. Например, давайте вернемся к последнему клиническому примеру женщины с сексуальной фрустрацией и слезами. Эмпатия и интуиция позволили получить данные о том, что ее сексуальное возбуждение было заблокировано, потому что ее мысли об отце грозили стать осознанными. Это потребовало привлечения дополнительных клинических знаний для того, чтобы понять, что инцестуозные влечения обычно вызывают сильное чувство вины, которое мешает сексуальному возбуждению. Теоретическое знание о принципах формирования симптомов поможет аналитику понять, что слезы пациентки во время сессии, после того как она сказала, что муж был чисто выбрит, обнаруживали ее печаль из-за потери прежнего объекта любви — бородатого мужчины, ее отца.

В первом примере, касающемся молодого человека, у которого вызывали отвращение туалетные привычки его сестры, теоретическое и клиническое понимание реактивных образований наведет аналитика на мысль, что неуместная интенсивность аффектов свидетельствует о том, что истинный аффект вытеснен противоположным ему осознанным аффектом. Имея это в виду, аналитик сможет быть внимательным ко всем подтверждающим это данным. Знание нормальной и невротической детской инстинктивной жизни подскажет аналитику: то, что было так желанно в детстве, может в процессе развития превратиться в нечто, вызывающее отвращение, для того чтобы человек мог отвечать требованиям внешнего мира и Супер-Эго.

В этих примерах эмпатия и знание дополняют друг друга. Иногда они могут заменять друг друга. Наилучшей ситуацией является та, в которой доступны и знание, и эмпатия, и они могут использоваться для подтверждения

друг друга. Эмпатия и интуиция могут подсказать мне, что молодой человек вытеснил сексуальные желания по отношению к своей сестре. Клиническое и теоретическое знание подтвердят это через сравнение продукции пациента с теорией реактивного образования. Моя память может помочь в этом, если я смогу вспомнить предшествующую информацию, полученную от пациента по этому вопросу, или если я могу вспомнить этот материал позже при появлении сходных данных.

Знание теории неврозов имеет такое же отношение к психоаналитической технике, что и знание патологии — к практике медицины, занимающейся изучением внутренних органов (Fenichel, 1945a). Оно дает фундамент для практической работы, определяя характерные черты различных патологических синдромов. Доскональное знание типичного есть лучшая подготовка для понимания уникального. Работа с пациентами, семинары, посвященные разбору клинических случаев, чтение литературы с описанием случаев поставляют тот сырой материал, из которого строится теоретическая структура.

Это теоретическое знание является выжимкой тысяч клинических фактов и должно использоваться для клинической работы, если аналитик хочет избежать опасности проводить «дикий» психоанализ. Эмпатии и интуиции нельзя научить, но исследователь должен изучить то, чему можно научиться. Теоретическое знание не является барьером для интуитивной психотерапии; напротив, оно является его необходимой предпосылкой (Sharpe, 1930; Fenichel, 1945a).

Я полагаю, что последовательность обучения в большинстве психоаналитических институтов опирается на эту точку зрения. До того как кандидату разрешат взять пациента для психоаналитического лечения, он должен подвергнуться эффективному собственному анализу, а также пройти семинары по психическому развитию, структуре и значению сновидений, психоаналитической теории неврозов, основам метапсихологии и психоаналитической техники. Только после того, как кандидат пройдет в течение нескольких лет собственный анализ и приобретет рабочие знания психоаналитической теории, он будет должным образом экипирован для того, чтобы начать применять психоаналитическую технику (Lewin and Ross, 1960).

4.212. СООБЩЕНИЕ ПАЦИЕНТУ

Давайте допустим, что аналитик понял значение материала пациента, использовав эмпатию, интуицию и теоретическое знание. Следующей его задачей будет сообщить это пациенту. Он должен решить, *что* он расскажет пациенту, *когда* расскажет и *как* он это сделает.

Давайте вернемся к тому моменту аналитической сессии, когда аналитик чувствует, что он понял бессознательное значение материала пациента.

Он может понимать это только на уровне впечатления, смутно, но это понимание следует сформулировать словами, прежде чем предпринимать какие-либо дальнейшие шаги. Бывают и такие ситуации в анализе, когда аналитик сообщает о своих смутных или интуитивных идеях, но обычно это делается только тогда, когда материал относительно безобидный.

Обычно необходимо сформулировать материал словами для того, чтобы он стал настолько ясным и точным, насколько это возможно. Аналитик хочет установить контакт и оказать воздействие на пациента, в силу чего он старается избежать того, чтобы пациент понял его неправильно, в особенности потому, что сопротивления пациента всегда готовы использовать такую возможность. Слова, способ выражения и тон голоса играют особую роль в наведении мостов между пациентом и аналитиком точно так же, как это происходило между матерью и ребенком после того, как осуществилось телесное разделение (Sharpe, 1940; Greenson, 1950; Loewenstein, 1956; Rycroft, 1956; Stone 1961). Язык и речь являются относительно автономными функциями Эго, но они подвержены регрессии, реинстинктуализации и повторному вторжению в них невротических конфликтов. Это особенно верно для тех пациентов, которые имеют проблемы, связанные с идентичностью, или которые поглощены глубоко регрессивным неврозом переноса (Loewald, 1960).

Аналитик должен сформулировать словами то, что он собирается рассказать пациенту. Он должен перевести свое основанное на первичном процессе мышление во вторичный процесс. Затем он должен решить, можно ли сказать это пациенту в данный момент. Здесь должны быть использованы как его клиническая оценка, так и его эмпатия, потому что, только используя эти способности, аналитик может определить, во-первых, является ли информация ценной и, во-вторых, может ли пациент вынести этот инсайт, не получив травмы. Интеллектуальное знание поможет аналитику, благодаря припоминанию сходных интерпретаций, сделанных ранее, или привлечению внимания к приближению сепарации, связанной с праздниками, и т. д. Он должен решить, не будет ли лучше подождать, когда появятся дополнительные данные, или, возможно, подождать, не придет ли пациент сам к этой интерпретации.

Если же аналитик решил сообщить эту интерпретацию, он должен определить, *как* он сформулирует информацию. Замечу, что это детальное описание не подразумевает, что каждая из этих процедур будет иметь место так, как описано — по отдельности, медленно и в данной последовательности. Бывает и так, но обычно все это происходит быстро, автоматически и по большей части одновременно. Вопрос о том, как передать инсайт пациенту, уже обсуждался в разделах 2.6, 3.543 и 3.94. Сейчас будет достаточно напомнить, что способность к эмпатии является самым ценным инструментом для оценки таких вопросов. Выбор слов и тона может предопределить, будет

ли достигнут оптимальный контакт и понимание, либо наше вмешательство будет «играть на руку» сопротивлениям, либо же будет травматичным.

Словарь аналитика должен быть ориентирован на разумное Эго пациента. Аналитик должен задать самому себе вопрос: «Насколько близок разумному Эго пациента тот инсайт, который я хочу ему передать?» Чем недоступнее материал, тем внимательнее должен быть аналитик при выборе формулировок и слов. Более того, словарь аналитика не должен сильно отличаться от словаря пациента, потому что иначе это придаст качество оторванности от реальности вмешательству аналитика. Слова аналитика должны оказывать влияние, но не шокировать пациента, а этого можно достигнуть только путем эмпатической идентификации аналитика с пациентом в данной конкретной ситуации. Часто более важными оказываются убедительность и интонация, чем сам выбор слов. Тон и интонация выражают превербальные и невербальные чувства, часто бессознательную позицию аналитика. Более того, чувствительность к тону и интонациям является производным самых ранних объектных отношений, когда сепарационная тревога играла основную роль. Тон голоса либо приводит к контакту, либо отдаляет от него и, следовательно, является очень важным для баланса доверия-недоверия во взаимоотношениях пациента и аналитика (Loewald, 1960; Greenson, 1961).

В аналитической ситуации важным аспектом искусства общения с пациентом является умение аналитика использовать молчание. Молчание аналитика имеет множество значений для пациента в зависимости как от данной ситуации переноса пациента, так и от контрпереноса аналитика. Более того, молчание является одним из самых больших стрессов, которые наши пациенты должны выносить в аналитической ситуации, поэтому оно должно быть точно дозировано количественно и качественно (Stone, 1961, p. 45–55). Молчание является и пассивным, и активным вмешательством со стороны аналитика. Пациент нуждается в нашем молчании, потому что ему может понадобиться время, чтобы у него возникли мысли, чувства и фантазии. Наше молчание также оказывает на него давление, побуждая к коммуницированию, подталкивая его к тому, чтобы обратиться к своим высказываниям и эмоциям, ни на что не отвлекаясь. Он может воспринимать наше молчание как поддерживающее и теплое или же как критическое и холодное (Nacht, 1964). Это может быть связано с его проекциями переноса, но может быть также производным его подсознательного восприятия наших реакций контрпереноса (Greenson, 1961).

Аналитик взаимодействует с пациентом не только с помощью интерпретаций или молчания, но также и другими способами и в самых разных других целях. Перед тем как сделать интерпретацию для пациента, аналитику следует продемонстрировать и прояснить материал. Например, прежде чем я смогу раскрыть бессознательное значение сопротивления, реальность данного сопротивления должна быть сначала продемонстрирована и прояснена для пациента.

Позвольте мне проиллюстрировать это. Молодой человек, аспирант, специализирующийся по социальным наукам, начал сессию, сказав, что разочарован: он надеялся, что увидит очень «глубокое» сновидение, которое откроет его переживания раннего детства, а вместо этого сновидение оказалось поверхностным. Все, что он запомнил из него, — это то, что он находился в комнате, полной книг, и чувствовал удовольствие, что все книги принадлежат ему. Одна книга стояла отдельно, она казалась мастерски выполненной[1]. Потом пациент стал говорить о своем ужасе, когда он представлял себе, как должны себя чувствовать приговоренные к смерти. Затем он перешел к своим денежным проблемам — ко все увеличивающимся расходам и уменьшающемуся счету в банке. От этого он перешел к вопросу о том, как долго еще будет продолжаться его анализ, выразил свое чувство фрустрации в связи с тем, что он медленно продвигается. На вчерашней сессии он почувствовал, что чего-то достиг, но сегодня все кажется таким трудным. Как он завидует тем людям, у которых полно времени для чтения романов, тогда как он тратит любую свободную минуту на учебу. О, покончить со всем и быть свободным!

Последнее было сказано печально, и я отметил застывшую позу пациента на кушетке, его голова опиралась на кулак, лежащий на подушке. В этот момент я вмешался и спросил, как он себя чувствует физически в этот момент. Он ответил, что чувствует себя напряженным и усталым. Он чувствует напряжение в области прямой кишки, но не такое, какое бывает, когда она наполнена и требует освобождения. Я спросил, не такое ли это чувство, будто он удерживает что-то внутри себя, и он ответил — да. У него такое впечатление, что он не может дать себе волю, будто он чего-то боится. Он спрашивает себя, что он удерживает и почему, но ни к чему не приходит.

Я отметил, что комната в сновидении, полная книг — это вполне может быть моя комната, та комната, в которой мы работаем. Что бы он чувствовал, если бы у него самого был такой кабинет? Сначала он с удовольствием реагировал на такую фантазию. Но вскоре стал говорить, что он совершенно не мог бы зарабатывать так много денег. Еще одна мысль пришла ему в голову: когда он вчера возвращался домой после сессии, он подумал спросить у меня, может ли он пропустить сессию после Дня Благодарения без оплаты. Он фантазировал, как он просит меня об этом и как я говорю ему: «Нет, вы должны платить». Тогда он представил, как он говорит упрямо и вызывающе, что он не будет платить.

---

1 Во фразе «do with an execution» (*англ.*) имеющее здесь значение «мастерски выполненный» слово «execution» содержит также значение «казнь», что важно для следующей ассоциации пациента (*Примечание научного редактора*).

> Он прогнал от себя эти мысли вчера, подумав, что Гринсон не будет столь непреклонным, и, в конце концов, он должен платить — это единственно разумное решение, и т. д. В этот момент во время сессии он сделал паузу и задумчиво сказал: «Что произошло бы, если бы непреодолимая сила встретила неподвижное тело». Его отец часто говорил с ним о физике, когда он был мальчиком. «Вы — непреодолимая сила, а я — тело, не способное к движению», — сказал он. Молчание. Тогда я сказал: «И вы сдерживаетесь, потому что боитесь такого столкновения между нами, что мы оба будем уничтожены, если вы дадите себе волю». Пациент вздохнул: «Я могу бороться со своей женой, и я могу бороться со своими профессорами, но вы — убийца». «Да, — добавил я, — я — палач[1]».

Давайте вернемся к началу сессии. Я ощущал сопротивление пациента, а поскольку не был уверен в том, что его можно будет убедительно продемонстрировать, решил подождать, пока не найду живой материал — в данном случае это была его поза. Я конфронтировал его, просто и прямо спросив, как он себя физически чувствует в данный момент. Это привело его к осознанию напряженности в области прямой кишки, что я обозначил как сдерживание. Он подтвердил это напряжением в ассоциациях и тем, что не смог ни к чему прийти. Затем я выявил деталь в его сновидении, где он владеет тем, чем владею я, и спросил, что приходит ему в голову в связи с этой идеей. Его ассоциации привели к фантазиям, возникшим после прошлой сессии, которые до того были недоступны ему. Сражение между непреодолимой силой и неспособным к передвижению объектом является сражением между нами. Именно поэтому он сдерживается — он боится своих агрессивных импульсов, которые могут разрушить нас обоих. Это была интерпретация, но ее нельзя было бы дать достаточно убедительно, если бы сначала на той сессии не был осознан язык тела (Deutsch F., 1947, 1952).

Вмешательства, которые ведут к прояснениям и уточнениям, являются необходимой и важной процедурой психоаналитической техники. Таким способом мы помогаем пациенту продуцировать клинический материал, который нам требуется для интерпретации. Время для таких вмешательств следует выбирать правильно, так, чтобы не нарушался поток значимого материала. Эти вмешательства должны делаться просто, прямо и четко для того, чтобы они могли привести к большей ясности или разработанности данного вопроса. Аналитику не следует выполнять всю работу самостоятельно или ожидать, что пациент сам все будет делать. Аналитик должен знать, когда ему следует вести пациента и как далеко, чтобы тот не стал полностью

---

[1] Executioner (*англ.*) — палач (*Примечание переводчиков*).

пассивным и зависимым. Бывают ситуации, когда лучше, чтобы пациент выполнял основную часть работы. Все эти возможности следует иметь в виду, рассматривая вопрос, когда и как делать сообщение пациенту.

4.213. СОДЕЙСТВИЕ РАЗВИТИЮ НЕВРОЗА ПЕРЕНОСА И РАБОЧИЙ АЛЬЯНС

Психоаналитическая ситуация требует от аналитика, чтобы он обладал способностью взаимодействовать с пациентом таким образом, чтобы тот развивал как невроз переноса, так и рабочий альянс. Это еще один случай, когда от аналитика требуется, чтобы он мог одновременно поддерживать две противоположные позиции, так как установки и техники, которые содействуют развитию невроза переноса, находятся в оппозиции к тем, которые содействуют развитию рабочего альянса (Stone, 1961; Greenson, 1965a). Этот вопрос обсуждался детально в разделе 3.5; сейчас я хочу повторить лишь основные положения.

Есть два основных требования, которые аналитик должен выполнять для того, чтобы облегчить развитие невроза переноса у пациента. Аналитик должен постоянно фрустрировать поиски пациентом невротического удовлетворения и утешения и должен оставаться относительно анонимным (см. разделы 3.921 и 3.922). Однако, если аналитик остается инкогнито, да еще постоянно депривирует пациента, как он собирается побудить его сотрудничать с ним в рабочем альянсе? Часть ответа на этот вопрос можно найти в том факте, что существует оптимальное количество депривации и инкогнито. Чрезмерная фрустрация и анонимность приведут либо к бесконечному анализу, либо к тому, что анализ будет прерван. Это, по-видимому, подтверждается и данными других психоаналитиков, среди которых лучше всего высказался по этому поводу Лео Стоун (Stone, 1961, p. 53). Ференци (Ferenczi, 1930), Гловер (Glover, 1955), Фенихель (Fenichel, 1941), Грета Бибринг (Bibring G, 1935) и Меннингер (Menninger, 1958) также отмечали опасность излишних фрустраций и деприваций. Аналитик не должен допускать, чтобы депривации и фрустрации, вызванные аналитической ситуацией, превышали способность пациента противостоять такому стрессу. Если пациент будет травмирован аналитической депривацией и инкогнито терапевта, он может прервать лечение, может совершить разрушительное отыгрывание или остаться фиксированным на не поддающемся анализу регрессивном трансферентном сопротивлении. Аналитик может неверно использовать идею аналитического инкогнито, скрываясь за этим техническим психоаналитическим правилом, если он имеет неосознанный страх перед самораскрытием или вовлечением. Сходным образом бессознательные садистские импульсы у аналитика могут невольно

побудить его использовать излишние и грубые депривации, при этом аналитик будет ошибочно полагать, что он следует «правилу абстиненции».

Такие ошибки в технике, исходящие из нераспознанного контрпереноса, и приводят к ситуациям, не доступным анализу. Аналитик здесь действительно ведет себя как родительская фигура, скрытная и депривирующая, и вследствие этого пациенту трудно отделить аналитика от фигуры прошлого (Bibring G., 1935). Для того чтобы облегчить развитие невроза переноса у пациента, аналитик должен оценить способность пациента вынести специфический стресс от инкогнито аналитика и его депривирующей позиции. Аналитик должен иметь способность осознавать и контролировать свое аналитическое поведение с точки зрения фрустрации и тревоги, которую она вызывает у пациента. Напряжение может быть выносимым и невыносимым, это может зависеть от нюансов поведения аналитика (Stone, 1961).

Давайте теперь обратимся к другому компоненту отношений психоаналитика к пациенту. Аналитик должен не только способствовать развитию невроза переноса, но и вести себя так, чтобы обеспечить наличие рабочего альянса. Я уже описывал вклад аналитика в рабочий альянс в разделе 3.543. Здесь я только отмечу основные идеи.

1. В своей ежедневной работе с пациентом аналитик должен демонстрировать, что он считает каждое высказывание пациента, каждую манифестацию поведения заслуживающими серьезной работы в целях получения инсайта и понимания. Нет ничего слишком тривиального, «притянутого за уши» или непоследовательного. Высокая частота визитов, длительность лечения, готовность бороться за отдаленные цели, нежелание пропускать сессии — все это свидетельствует о том, что аналитик считает для себя очень важным достигнуть глубокого понимания пациента.

2. За поисками инсайта и сопровождением каждого шага на этом пути лежит терапевтическое обязательство аналитика перед пациентом. Терапевтическая преданность аналитика пациенту должна проявиться в тщательной оценке им того, сколь сильную боль может вынести пациент; в том такте, который он проявляет, когда необходимо передать причиняющий боль инсайт, и в той заботе, которую аналитик оказывает, стараясь не вносить без необходимости контаминацию в личные взаимоотношения.

3. Аналитик должен быть гидом, вводящим пациента в новый непривычный мир психоаналитического лечения. В подходящее время он должен объяснять странные и искусственные приемы и правила, необходимые для проведения психоанализа. В каком-то смысле он должен учить пациента, как стать психоаналитическим пациентом. Все это происходит не сразу, а в течение довольно большого периода времени. Потребность в этом обучении сильно варьирует от пациента к пациенту и обычно сильнее у более регрессировавших пациентов. Следует позволить пациенту почувствовать странность

какой-либо меры, прежде чем аналитик объяснит ее цель. Прежде всего нужно тщательно исследовать реакции пациента, а обучение должно следовать за этими спонтанными реакциями пациента и их анализом.

4. Аналитик должен обеспечить сохранение самоуважения пациента и его чувства собственного достоинства. Он должен осознавать, что их взаимоотношения в определенных областях не равны, и, хотя он и не может изменить этого, ему следует признать наличие такого соотношения перед пациентом. Аналитик не должен вставать на позицию превосходства, авторитаризма или загадочности. Метод психоанализа основывается на сложных и уникальных межличностных отношениях, которые не являются капризом, а подчиняются логичной, имеющей определенную цель группе правил. Лечение налагает на пациента определенные лишения, которые должны приниматься аналитиком в расчет. Пациента следует лечить, соблюдая строгий научный подход, но с уважением и с общепринятой вежливостью.

5. Аналитические отношения сложны и хрупки для обеих сторон. Эксперт в данной ситуации не должен позволять своим ответным чувствам внедряться в пациента и, следовательно, затмевать индивидуальные и уникальные реакции пациента. Ответы аналитика должны быть сдержанными, приглушенными, должны служить терапевтическому обязательству, в соответствии с которым инсайт и понимание являются самыми действенными и единственно верными инструментами. Катализирующим фактором в этой системе, фактором, который определяет, достигнут ли все другие элементы успеха или же провала, является аналитическая атмосфера. Она должна быть принимающей, терпимой и гуманной.

Я полагаю, что эти основные принципы показывают, как аналитик может решать конфликт между депривирующей и анонимной позицией, требующейся для развития переноса, и гуманностью лекаря, врачующего больного, которая необходима для рабочего альянса. Позвольте мне теперь обратиться к тому, что думали об этом вопросе другие авторы.

Лео Стоун (Stone, 1961) наиболее ясно высказывает свое мнение, описывая то, что он называет разумным удовлетворением пациента, и, по сути, я согласен с ним. Однако я предпочитаю думать, что большую часть времени мы защищаем права пациента, поскольку я чувствую, что мы имеем дело с существенно важными потребностями, которые *должны* быть гарантированы, а не с желаниями, по поводу которых есть выбор, удовлетворять их или нет. Терапевтическое обязательство аналитика по отношению к пациенту, по моему мнению, является абсолютно обязательным, а не факультативным условием. То же верно и в отношении озабоченности затруднениями пациента. Сочувствие, интерес, теплота в определенных пределах жизненно важны для рабочего альянса.

Я полагаю, что многие, кто писал о психоаналитической технике, осознавали противоположность этих двух отношений между аналитиком

и пациентом, но не смогли концептуализировать рабочий альянс как необходимое дополнение к неврозу переноса. Например, Фрейд говорил о дружеских аспектах переноса, которые являются «проводником успеха в психоанализе...» (Freud, 1912a, p. 105). В своей работе «О начале лечения» он утверждает: «Можно поплатиться первым успехом, если с самого начала аналитик занял какую-то позицию, отличную от сочувственного понимания» (Freud, 1913b, p. 140). Ференци, обсуждая вопрос о такте, пишет, что аналитик выказывает свою «добрую волю» пациенту (Ferenczi, 1928b, p. 90). В работе «Принципы релаксации и неокатарсиса» Ференци (Ferenczi, 1930) описывает «*принцип индульгенции*», на который часто необходимо опираться при работе с фрустрацией (p. 115). Опрос, проведенный Гловером (Glover, 1955, p. 308) среди британских психоаналитиков, показал, что одна треть придает большое значение выказыванию позитивного, дружеского отношения к пациентам, отлично от «профессионального интереса». Сходные идеи можно найти и в работах других авторов, посвященных вопросам техники (Sharpe, 1930; Fenichel, 1941; Lorand, 1946; A. Freud, 1954a; см. список литературы).

4.22. Черты личности и характера психоаналитика

Те умения, которых требует от аналитика психоаналитическая ситуация, приобретаются не только из обучения и опыта, но также зависят от его личности и характера, то есть от его темперамента, сензитивности, установок, привычек, ценностей и интеллекта. Никто не рождается психоаналитиком, и никто вдруг не становится психоаналитиком, как бы счастливо ни был одарен человек. Личный опыт, полученный при прохождении терапевтического психоанализа (даже если он имеет дидактические цели), является абсолютно необходимой предпосылкой. Природные дарования и богатство жизненного опыта могут соединяться и обеспечивать особый талант к профессии психоанализа. Но, как бы ценен он ни был, таланта самого по себе недостаточно. Аналитическая ситуация накладывает такие трудные эмоциональные требования на аналитика, что если талант не будет поддерживаться проанализированной структурой характера, он может не выдержать испытания временем. Яркость и виртуозность аналитика не могут одинаково успешно светить на всем длинном пути психоаналитической терапии.

Взаимоотношения между умениями и личностными чертами аналитика сложны, и происхождение этих умений и черт варьирует у разных людей. В следующем разделе я остановлюсь на мотивациях психоаналитика, которые

сложным образом переплетаются с его умениями и личностными чертами. Здесь я могу лишь попытаться перечислить то, что я считаю главными способностями психоаналитика, и кратко отметить наиболее типичные особенности его прошлого. Один и тот же источник может дать начало многим чертам и умениям и, хотя они имеют одно и то же происхождение, эти черты и умения могут быть не равны по силе. С другой стороны, отдельная черта или умение могут также иметь множество производных. Читателю рекомендуется прочесть в качестве примера исследования таких случаев главу «Характер и личность» из книги Эрнста Джонса о Фрейде (Jones, 1955, p. 403–434).

4.221. ЧЕРТЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПОНИМАНИЕМ БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО

Постоянно продолжающиеся поиски инсайта и понимания, которые занимают центральное место в психоаналитической терапии, являются производными различных граней личности аналитика. Прежде всего он должен обладать живым интересом к людям, их способу жизни, эмоциям, фантазиям и мыслям. Ему следует иметь пытливый ум, ищущий знания, причины и источники происходящего (Jones, 1955, p. 426, 433). Энергия, движущая человеком в этом направлении, исходит от его любопытства, которое должно быть большим количественно и благожелательным по качеству. Недостаточное любопытство сделает аналитика жертвой скуки, слишком сильное любопытство заставит пациента испытывать излишнюю боль. Аналитик занимается поисками инсайта для того, чтобы дать понимание своим пациентам, а не для собственного скоптофилического и садистического удовольствия (Sharpe, 1930, Sharpe, 1947). Подобное отношение возможно только тогда, когда любопытство не находится более под властью инстинктов.

Для того чтобы быть способным проводить весь день, слушая, и не скучать при этом, любопытство аналитика должно сочетаться с удовольствием от слушания (Sharpe, 1947, p. 120). Особая сензитивность, которая помогает аналитику различать трудноуловимые комбинации аффектов в модуляции тона и ритма речи пациента, соотносится с его умением понимать музыку. По моему опыту, люди без слуха не становились хорошими терапевтами. Аналитик должен встречать незнакомое, странное и эксцентричное в пациенте с открытым умом, а не с тревогой или с отвращением.

Полезно быть свободным от ограничений, которые накладывает конвенциональное общество, и быть относительно индифферентным к поверхностному в повседневной жизни. Личная жизнь Фрейда демонстрирует эти качества в высшей степени (Jones, 1955, Jones, 1957). Аналитик должен быть достаточно полно знаком со своими собственными бессознательными процессами для

того, чтобы смиренно принять то, что он, возможно, обладает такими же странностями, что и пациент. То, что кажется странным, часто оказывается тем, что было когда-то хорошо знакомым, а затем вытеснилось.

Первоначальной реакцией аналитика на продукцию пациента должна быть восприимчивость, даже если это требует некоторой легковерности. Только таким путем можно оказать все внимание материалу пациента. Лучше обмануться, идя за продукцией пациента, чем поспешно отвергнуть ее как обманчивую. Способность откладывать суждение, даже если это будет выглядеть как легковерие, дает возможность эмпатически слушать пациента, что в конце концов может привести к пониманию лежащих в глубине мотивов. Вместе с тем интересно отметить, что Фрейд был известен как плохой *Menschenkenner*[1] (Jones, 1955, p. 412, 420). Подозрительное, похожее на поведение детектива отношение приводит к отчуждению от пациента, мешает эмпатии и рабочему альянсу. В этом правиле, однако, есть и исключения. При работе с преступниками может быть полезным сразу показать, что аналитик осведомлен об их правонарушениях (Aichhorn, 1925; Eissler, 1950a; Redl and Wineman, 1951; Geleerd, 1957). Аналитику необходима некоторая доля скептицизма, но этот скептицизм должен быть доброжелательным. Аналитику следует уметь проводить границу между вероятной и правдоподобной реальностью, между возможной, но фантастической реальностью, заблуждением и сознательным обманом, не упуская из виду бессознательных значений этого искажения.

Способность и желание заниматься поисками инсайта (даже когда это причиняет боль), любовь к правде берут начало в ранних оральных интроективных и проникающих, а также фаллических устремлениях. Люди, которые обладают этим качеством, проявляют независимость ума и интеллектуальную смелость перед лицом нового, неконвенционального и неизвестного. У таких личностей желание понять стало нейтрализованной автономной функцией (Hartmann, 1951, Hartmann, 1955). Если психоаналитик не достиг такой способности, у него будут наблюдаться тенденции либо в сторону ограничения инсайта, либо в сторону неправильного использования инсайта, в результате чего появятся ошибки при выборе подходящего времени, такта и дозировки интерпретаций, что вызовет излишнюю боль и унижение пациента.

Способность понимать бессознательное другого человека опирается на множество навыков. Наиболее важной, как я уже показывал, является способность к эмпатии, которая, в сущности, является предсознательным феноменом. Некоторые ее клинические, динамические и структурные черты были описаны в разделе 4.211 как часть искусства аналитика. Здесь я хотел

---

[1] Menschenkenner (*нем.*) — знаток людей (*Примечание переводчиков*).

бы поразмышлять о тех личностных чертах аналитика, которые дают начало его эмпатии.

Эмпатия является способом понимания другого человека путем временной и частичной идентификации с ним. Чтобы достичь этого, аналитик должен на время отказаться от какой-то части своей идентичности, а для этого он должен иметь широкий или гибкий образ «Я». Этот способ понимания не следует путать с проигрыванием роли, которое является более сознательным явлением. Он больше похож на воображение себя кем-то и всерьез, «вчувствование», переживание, которое возникает, когда человека глубоко трогает картина, спектакль или художественное произведение (Beres, 1960; Rosen, 1960). Эмпатия — это интимная, невербальная форма установления контакта (Greenson, 1960). Эмпатия является регрессивным явлением и, по-видимому, родственна более или менее контролируемым регрессиям, наблюдающимся у творческих личностей (Kris, 1952). Для того чтобы проявлять эмпатию, аналитик должен быть способен свободно использовать эти регрессивные механизмы в целях достижения чувства эмоциональной близости к пациенту.

Чтобы быть вознагражденным эмпатией, аналитику следует иметь богатый запас своих собственных личных переживаний, которые он мог бы использовать для того, чтобы способствовать лучшему пониманию им пациента. Этот запас должен включать в себя знакомство с литературой, поэзией, театром, сказками, фольклором, играми (Sharpe, 1947). Все это способствует живости воображения и фантазийной жизни, которые бесценны при аналитической работе. Мир воображения человека, будь это театр, музыка, живопись, сказки или грезы, дает ощущение причастности к вселенским переживаниям и связывает человечество воедино. Здесь мы ближе друг к другу, чем в наших сознательных действиях или социальных институтах.

Этот вид эмоциональной близости, которую эмпатия требует и дает, развивается у ребенка в первые месяцы жизни. Она вызывается невербальными действиями матери, ее интонациями, прикосновениями, любовью и заботой (Olden, 1953, Olden, 1958; Schafer, 1959). Поскольку эмпатия берет свое начало в самых ранних взаимоотношениях матери и ребенка, она, по-видимому, имеет феминный оттенок (Katan A., цит. в Greenson, 1960; Loewald, 1960). Для того чтобы у аналитика эмпатия не была сопряжена с конфликтом, он должен прийти к миру со своими материнскими компонентами. Джонс (1955) называет это «ментальной бисексуальностью аналитика».

В некотором смысле эмпатия является способом установления контакта с утраченным объектом любви — непонятым пациентом. Это может быть отчасти попыткой восстановления утраченного контакта. По моему собственному опыту, более всего способны к эмпатии те аналитики, которые преодолели тенденцию к депрессиям (другую точку зрения см. Sharpe, 1930, p. 17–18). Эмпатия предъявляет к аналитику определенные эмоциональные требования,

а также и требование постоянного самоизучения. Чтобы использовать эмпатию, аналитик должен обладать способностью регрессировать; после чего, вернувшись в обычное состояние, проанализировать данные, полученные таким образом, и удостовериться в их обоснованности. Этот переход от близости и интимности эмпатии к дистанции и отдалению, требующемуся для оценки обоснованности, характерен для большей части работы психоаналитика. Ригидно обсессивные характеры не смогут позволить себе проявлять эмпатию, а импульсивные характеры будут иметь тенденцию к соскальзыванию от эмпатии к идентификации, что приведет к отыгрыванию в отношениях с пациентом. Как правило, такие люди не являются подходящими кандидатами для психоаналитического обучения (Eisendorfer, 1959; Greenacre 1961; Langer, 1962; van der Leeuw, 1962).

4.222. ЧЕРТЫ, ИМЕЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ К КОММУНИКАЦИИ С ПАЦИЕНТОМ

Когда аналитик добивается успеха в понимании пациента, он встает перед проблемой, как эффективно сообщить ему инсайт. Способность выбрать подходящее для интерпретации время, проявить такт, оценить дозировку зависит от разнообразных навыков, некоторые из них выше уже обсуждались. Эмпатия, клиническое суждение, а также жизненный опыт проживания аналогичных ситуаций и интеллектуальное знание психоаналитической теории вносят свой вклад в способность передавать свое понимание пациенту. В данный момент, однако, я бы хотел ограничить изложение характеристикой тех особых черт, которые важны для коммуникации, но не были затронуты ранее.

Умение говорить с пациентом очень сильно отличается от социальной беседы, перекрестного допроса или чтения лекций. Красноречие, эрудиция и логика не имеют первостепенной важности. Наиболее существенным элементом является лежащая в в основе позиция — терапевтическое намерение. Обязательство помогать пациенту должно присутствовать явно или латентно во всех взаимодействиях с пациентом — от первого интервью до последнего. Я сознаю, что это спорный момент, но хочу совершенно ясно заявить свою позицию: я полагаю, что только страдающие люди — пациенты, которые испытывают невротические невзгоды, могут быть успешно излечены путем психоанализа. Кандидаты, исследователи, люди, занимающиеся наукой, не могут пройти через глубокое аналитическое переживание, если они не способны и не готовы стать пациентами.

Аналогично этому утверждению, касающемуся пациентов, я считаю, что глубокий психоанализ является прежде всего методом лечения, и, следовательно, может выполняться только терапевтами — людьми подготов-

ленными и посвятившими себя помощи или лечению невротически больных людей. Я не считаю, что медицинская степень автоматически делает человека терапевтом или что отсутствие ее говорит о нетерапевтическом отношении. По моему убеждению, именно желание аналитика помочь пациенту, присутствующее всегда, но контролируемое, является основным элементом, который помогает аналитику развить эти тонкие и сложные навыки общения, необходимые для психоаналитической работы. Я отсылаю читателя к более подробному обсуждению этой проблемы Лео Стоуном (Stone, 1951), а также к работе Гилла, Ньюмана и Редлиха (Gill, Newman, Redlich, 1954) — их мнения сходны с моим. В поисках других мнений можно обратиться к описанию Джоан Райвере способа работы Фрейда, цитируемого Джонсом (Jones, 1955), и к работе Эллы Шарп (Sharpe, 1930). Этот вопрос будет обсуждаться в разделе 4.23, посвященном мотивации аналитика.

Искусство сообщения инсайта пациенту зависит от способности аналитика переводить в слова те мысли, фантазии и чувства, которые пациент не полностью осознает, и представлять их в таком виде, чтобы пациент мог принять их как свои собственные. Аналитик должен одновременно с этим осуществлять перевод своего собственного словаря на живой язык пациента. Или, точнее, аналитик должен использовать ту часть языка пациента, которая вызовет у последнего определенное переживание в момент интерпретации.

Например, я уже ранее ссылался на случай профессора X., который страдал от страха публичного выступления[1]. Обычный его ежедневный словарный запас свидетельствовал о его высоком образовательном и культурном уровне. На одной из сессий его ассоциации, связанные со сновидением, показали мне, что он борется с чувствами унижения, которые мучили его, когда он был маленьким мальчиком, в возрасте четырех-семи лет. На аналитической сессии его чувства сконцентрировались главным образом вокруг его ощущения стыда и смущения, которые возникли на состоявшемся недавно вечере, когда он должен был произнести короткую речь и когда его жена взглянула на него так, будто он стоит голый в ванной. Я хотел, чтобы он осознал то специфическое чувство, которое охватывало его в этих ситуациях. Я сказал ему: «Когда вы были на званом вечере и произносили речь и когда вы стояли обнаженным перед Вашей женой в ванной, вы более не были профессором X или даже Джоном X., вместо этого вы стали *pischer*[2]».

Я использовал это слово из иврита, потому что его мать имела привычку так называть его, чтобы выразить свое презрение, когда его штанишки оказывались мокрыми.

---

[1] См. разделы 2.64, 2.652, 3.412, 3.9431 и 3.9432.

[2] Pischer (*иврит*) — зассанец, английский эквивалент — piddler (*Примечание переводчиков*).

> Этот инсайт задел пациента за живое. Он сначала был ошеломлен, но затем живо вспомнил несколько инцидентов, когда он чувствовал себя как *pischer*. Это не было ни интеллектуальным упражнением, ни поверхностной уступчивостью. Пациент повторно проживал ужасный стыд быть *pischer*, а также свою ярость по отношению к матери, которая так унижала его. На этой сессии он не чувствовал никакой враждебности ко мне отчасти из-за того, что тон моего голоса, когда я давал интерпретацию, был особенно мягким, поскольку я чувствовал, что слово *pischer* было чрезвычайно болезненным для него. На следующих сессиях, когда он вспоминал мою интерпретацию, он вычеркнул из памяти мой заботливый тон и действительно злился на меня.

Если мы просмотрим события этой сессии, то увидим, что у меня было несколько возможных путей для интерпретации. Я выбрал слово *pischer*, потому что в тот момент оно было наиболее заряжено фантазиями, наиболее ярким, и пациент, казалось, был готов обратиться к нему. Это было его слово, унаследованное от его матери и теперь ставшее его собственным; оно было живое и реальное (Ferenczi, 1911; Stone, 1954a). Мой мягкий тон был попыткой смягчить ту боль, которую, как я знал, я мог причинить. Я был уверен, что это окажет сильное воздействие, но я не хотел, чтобы этот удар был чересчур болезненным.

Что может облегчить выбор правильного слова или способа выражения? То же, что мы отмечаем у рассказчика, юмориста или сатирика. Я подчеркиваю здесь скорее хорошие вербальные способности, чем литературное дарование. Однако такая искусность должна служить намерению помочь пациенту, а не использоваться в аналитической ситуации для эксгибиционистского развлечения или замаскированного садизма. Мой собственный опыт свидетельствует о том, что среди психоаналитиков лучшими терапевтами являются те, кто обладают хорошим чувством юмора, готовы острить и наслаждаются искусством рассказа историй. Способность живо и экономично использовать разговорный язык является весьма ценным качеством, его можно сравнить с хорошо разработанными руками хирурга. Хорошие руки не могут заменить клинического суждения и знания анатомии и патологии, но они помогут умелому клиницисту искусно, а не топорно выполнить операцию. Глубокий психоанализ всегда болезнен, но неумелость вызывает излишнюю и длительную боль. Иногда в этом и заключается различие между удачей и неудачей.

Искусность психоаналитика в вербальной коммуникации также зависит от его способности использовать молчание. Следовательно, крайне необходимо, чтобы аналитик был достаточно терпеливым. Требуется время для того, чтобы понять материал пациента, довольно часто важный смысл

раскрывается только после того, как аналитик позволит пациенту рисовать свою собственную словесную картину в течение довольно большого периода времени. То, что кажется по-настоящему значимым в первые 15 минут, может оказаться отвлекающим маневром или вторичным элементом через 30 минут.

Позвольте мне проиллюстрировать это. Профессора Х., пациента, испытывающего страх публичного выступления, которого я описывал выше[1], временами мучила идея вовлечься в гомосексуальный акт. Частично это оказалось выражением его эксгибиционистских и скоптофилических влечений. Кроме того, гомосексуальные стремления были следствием его чрезвычайно сильного страха и враждебности по отношению к женщинам. Во время одной из сессий он снова заговорил о своей фантазии, что он делает нечто гомосексуальное, предпочтительно с мальчиком препубертатного возраста. В течение первых 30 минут сессии мне казалось ясным, что он хотел сделать с этим мальчиком именно то, что ему хотелось, чтобы с ним сделал его отец (когда он сам был в этом возрасте). Казалось, это желание было связано с пассивными и активными анальными импульсами. Мы подошли к этому недавно, но еще не проработали полностью.

В то время как я размышлял над этим материалом, обдумывая, как бы мне подойти к нему, я заметил небольшую перемену в материале. Пациент теперь говорил об ужасном чувстве стыда, возникшем, когда его приятели достигли пубертатного возраста, когда у них появились волосы на лобке, пенисы стали большими, а голоса низкими, а он единственный оставался безволосым, с небольшим пенисом и высоким голосом. Тогда он стыдился раздеваться в одной комнате с ними, они высмеяли бы его как уродца. Теперь я понял, что одной из важнейших функций его гомосексуальных фантазий было уничтожить боль, вызванную тем, что он маленький, взять реванш за прошлое унижение, а также доказать, что он не уродец. Именно над этими моментами пациент и работал весьма продуктивно на сессиях следующей недели. Вместе с тем осознание этого момента появилось у меня только к концу описываемой сессии.

И снова следует подчеркнуть, что, возможно, то качество аналитика, которое кажется достоинством, на деле является чем-то совершенно иным. Может обнаружиться, что терпение является скрытым пассивно-садистским отношением к пациенту или покровом для обсессивной нерешительности. Оно может также прикрывать скуку и психическую медлительность аналитика.

---

[1] См. разделы 2.64, 2.652, 3.412, 3.9431, 3.9432 и 4.222.

Необходимо быть терпеливым, когда ожидание может прояснить материал или когда аналитик преследует некоторую отдаленную цель. Но следует помнить, что наше молчание обычно переживается пациентом как форма стресса. Эта активность аналитика имеет много различных значений для пациента, зависящих от аналитической ситуации и ситуации переноса-контрпереноса (Lewin, 1954, 1955; Loewenstein, 1956; Stone, 1961, p. 45—55, 95—105).

Пациенту нужно наше молчание для того, чтобы он мог следовать за деталями своих собственных мыслей, фантазий и чувств. Ему нужно время для того, чтобы забыть о нашем присутствии или, точнее, отодвинуть наше реальное присутствие на задний план так, чтобы он мог позволить себе вовлечься в трансферентные фантазии и чувства. Пациент может воспринимать наше молчание как враждебное или комфортное, требовательное или успокаивающее в зависимости от собственных реакций переноса. Более того, пациент также может замечать у нас следы чувств и отношений, которых мы не осознаем. Аналитик должен быть способен выносить молчание своих пациентов без враждебности и скуки. Я был поражен, когда пациент совершенно точно «угадывал», что я нетерпелив, хотя я молчал, и он не видел меня, сидящего сзади. Я полагаю, что некоторые пациенты интуитивно определяют наше отношение по незначительному изменению скорости и интенсивности дыхания, по небольшим движениям тела.

Искусство вербальной коммуникации с пациентом требует также чувства подходящего момента для интерпретации. Этот вопрос будет обсуждаться более детально во втором томе. Здесь я хотел бы лишь указать на то, что своевременность связана с несколькими различными моментами. Прежде всего, встает вопрос, когда следует вмешаться. Решение зависит от нескольких переменных. Аналитик ждет, пока данное психическое событие станет доступным для демонстрации разумному Эго пациента, или же пока аффект или импульс достигнут интенсивности, которая, по мнению аналитика, будет оптимальной в этот момент. Наконец, аналитик ждет, пока не станет ясно, что же происходит на сессии, даже если это означает понимание того, что аналитик «потерялся».

Выбор подходящего времени также относится к тому, когда и как аналитик осуществляет вмешательства на различных фазах анализа. На ранних стадиях анализа или при первом появлении болезненного материала аналитик может вмешаться раньше, когда интенсивность аффекта невелика. На более поздних стадиях может быть лучше молчаливо разрешить чувствам пациента стать более интенсивными, так, чтобы он смог пережить реальную примитивную силу своих эмоций и влечений. Выбор подходящего времени также предполагает, что аналитик помнит о различиях в дозировке интенсивности перед уикендами, каникулами, праздниками, годовщинами и т. д.

4.223. ЧЕРТЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ НЕВРОЗА ПЕРЕНОСА И РАБОЧЕГО АЛЬЯНСА

Как я отмечал ранее, установки и черты характера, которые содействуют развитию невроза переноса, в основе своей являются противоположными тем чертам, которые содействуют рабочему альянсу (Stone, 1961; p. 33, 106; Greenson, 1965a). Для того чтобы облегчить развитие невроза переноса, аналитик должен постоянно фрустрировать стремление пациента к невротическому удовлетворению желаний и утешению, а также оставаться относительно анонимным. Основание для этого описано в разделе 4.213. Для того чтобы выполнять эти требования достаточно последовательно, аналитик должен разрешить свои основные конфликты, связанные с причинением боли и сохранением дистанции в отношении страдающего пациента. Это означает, что аналитик должен обладать способностью сдерживать свои терапевтические намерения, контролировать свое стремление к близости и «заглушать» свою личность (Stone, 1961, p. 20).

Фрейд пошел еще дальше, предложив аналитику в статье «Советы врачу при психоаналитическом лечении» взять за образец хирурга, отбросить свое человеческое сострадание и принять отношение эмоциональной холодности (1912b, p. 115). В той же самой работе Фрейд высказывает мнение, что аналитику следует воздерживаться от внедрения своей личности в лечение, и использует сравнение с «зеркалом» (p. 118). Несколькими годами позже он рекомендует проводить лечение в условиях абстиненции и добавляет далее: «...под этим я понимаю не только физическую абстиненцию...» (Freud, 1915a, p. 165).

Я умышленно выбрал именно эти цитаты для того, чтобы стало ясно, почему может сложиться такое впечатление, будто Фрейд верил в необходимость строгой и суровой атмосферы для формирования невроза переноса. Однако я не думаю, что это точная картина того, что Фрейд имел в виду. По моему мнению, он подчеркивал определенные «неестественные» аспекты психоаналитической техники, потому что они были столь чуждыми и искусственными для обычных взаимоотношений доктора и пациента и привычной психотерапии его дней.

Например, в работе, написанной в том же году, что и цитированная выше, где он рекомендует психоаналитику быть как «зеркало» и эмоциональную холодность, Фрейд утверждает: «Таким образом, решение загадки состоит в том, что перенос на врача пригоден для сопротивления лечению только в случае негативного переноса или в случае позитивного переноса вытесненных эротических импульсов. Когда мы «устраняем» перенос, делая его сознательным, мы отделяем от личности врача только эти два компонента чувства;

другой компонент, который является приемлемым для сознательного Эго и не вызывает возражений, сохраняется и является проводником успеха в психоанализе, точно так же, как в других методах лечения» (Freud, 1912a, p. 105; курсив мой. — *Р. Гринсон*).

В работе, посвященной технике, вышедшей годом позже, в качестве рекомендаций по применению «эмоциональной холодности» и «правила зеркала», Фрейд писал: «Первоочередной целью лечения остается привязать пациента к лечению и к личности врача. Для того чтобы обеспечить это, не нужно ничего делать, кроме как дать пациенту время. Если врач проявляет серьезный интерес к пациенту, заботливо устраняет сопротивления, которые появляются в начале анализа, и избегает определенных ошибок, пациент сам сформирует такую привязанность и свяжет доктора с одним из образов тех людей, которые в прошлом обращались с ним с любовью. *Можно лишиться первого успеха, если с самого начала лечения аналитик занял позицию, отличную от сочувственного понимания,* такую, как морализирование, или же если аналитик ведет себя как представитель или приверженец какой-то соперничающей стороны — например, другого члена супружеской пары» (1913b, p. 139–140; курсив мой. — *Р. Гринсон*).

Из всех работ Фрейда по технике, вероятно, наиболее раскрывающим его личность является эссе «Заметки о любви в переносе» (Freud, 1915a). Я процитирую лишь избранные места, которые показывают его участие и заботу о пациенте. «Любой, кто проникнется аналитической техникой, будет более не способен использовать ложь и притворство, хотя практикующие врачи обычно находят это неизбежным, и если с самыми лучшими намерениями он попытается сделать это, то, весьма вероятно, вскоре выдаст себя... Кроме того, эксперимент по разрешению себе развить нежные чувства к пациенту также может быть небезопасен. Наш контроль над собой не настолько совершенен, чтобы мы могли быть уверены, что однажды эти чувства не зайдут дальше, чем мы рассчитывали» (p. 164). «Путь, которым должен следовать аналитик, не ограничивается перечисленным здесь, это нечто, для чего нет моделей в реальной жизни. Он должен заботиться о том, чтобы не уклоняться от переноса любви, не отвергать его, не делать его отвратительным для пациента; но он должен также твердо воздерживаться от любых ответных проявлений на него. Он должен продолжать прочно удерживать перенос любви, но обращаться с ним как с чем-то нереальным, как с ситуацией, через которую лечение должно пройти, и затем проследить ее бессознательные истоки» (p. 166).

«Опять же, когда женщина просит любви, отвергать и отказывать — это тягостная роль для мужчины, и, несмотря на неврозы и сопротивления, в женщине высоких принципов, которая признается в своей страсти, есть несравненное очарование... Но это совершенно не означает, что аналитик должен

уступить. Как бы высоко он ни ценил любовь, еще выше он должен ценить возможность помочь своей пациентке в решающий период ее жизни. Она должна научиться у него преодолевать принцип удовольствия, отказываться от удовлетворения, которое «просится в руки», но социально неприемлемо, в пользу более отдаленного, которое может быть весьма неопределенным, но которое и психологически, и социально не вызывает сомнений» (p. 170).

Я полагаю, что эти цитаты из работ Фрейда ясно показывают, что, хотя он и полагал, что депривация и инкогнито необходимы для роста и развития невроза переноса, он чувствовал, что аналитик должен быть способен поддерживать отношения совершенно иного свойства, для того чтобы психоаналитическая терапия была эффективна. При чтении работ психоаналитиков, пишущих о проблемах техники, впечатляет тот факт, что почти все они вовлекались в решение именно этого вопроса. Депривация и инкогнито являются необходимыми, но не достаточными условиями. По моему мнению, некоторые авторы (Ferenczi, 1928b; de Forest, 1954; Lorand, 1946; Nacht, 1962) заходят слишком далеко в противоположном направлении, преувеличивая важность удовлетворения, одновременно недооценивая значение депривации. Фрейд (Freud, 1913b) говорит о необходимости гибко пользоваться всеми правилами, Фенихель (Fenichel, 1941) описывает «колебания» аналитика и необходимость аналитику быть свободным и естественным. С этим соглашаются и другие авторы (Sterba, 1934; Loewald, 1960; Menninger, 1958 и многие другие). По моему мнению, в работах Элизабет Цетцель (Zetzel, 1956) и Стоуна (Stone, 1961) должным образом подчеркнуты и разделены депривационные и удовлетворяющие аспекты техники.

Чтобы действительно понять пациента, требуется больше, чем интеллектуальные или теоретические рассуждения. Для получения того вида инсайта, который требуется в психоанализе, аналитик должен быть способен эмоционально вовлечься и принять определенное обязательство перед пациентом. Ему должен нравиться пациент; длительная неприязнь или отсутствие интереса точно так же, как и слишком сильная любовь, будет мешать лечению (Greenacre, 1959; Stone, 1961, p. 29, 44, 61). Аналитик должен иметь желание помогать пациенту и лечить его, он должен беспокоиться о благоденствии пациента, не теряя при этом из виду его отдаленных целей.

Необходимо определенное количество сочувствия, дружеского отношения, тепла и уважения к правам пациента. Кабинет аналитика — место лечения, а не исследовательская лаборатория. Мы можем испытывать заслуживающую доверия любовь к нашим пациентам, потому что они в каком-то смысле — больные, беспомощные дети вне зависимости от того, что они могут использовать в качестве фасада. Они никогда не повзрослеют, если мы не разовьем их потенциальные возможности, не обеспечим их самоуважение и чувство собственного достоинства, избегая излишних депривации и унижения.

Это положение приводит нас к самой сути данного вопроса: как может аналитик последовательно поддерживать отношение депривации и инкогнито и вместе с тем настолько же последовательно выказывать сочувствие и заботу? В предыдущем разделе, посвященном коммуникации с пациентом, я уже приводил некоторые примеры того, как это может быть достигнуто. Иллюстрации этого будут также даны во втором томе. Здесь же позвольте мне подчеркнуть еще раз, что каждую процедуру психоанализа, которая является странной или искусственной для пациента, я тщательно объясняю ему в подходящее время. Например, когда пациент впервые за время анализа задает вопрос, я стараюсь вовлечь его в исследование причин данного вопроса, а затем объясняю, что то, что я не отвечаю на вопрос, имеет определенную цель, а именно: позволяет пролить свет на истоки его любопытства. Затем я добавляю, что в будущем я, как правило, не буду отвечать на вопросы. Вместе с тем иногда я буду отвечать на вопрос, если почувствую, что вопрос реалистичный и ответ на него избавит от множества не относящихся к делу объяснений.

Однажды пациент рассказал мне об особенно фрустрирующей сессии с предыдущим аналитиком. У пациента было сновидение, что он играет защитником в футбольной команде. Они разыгрывают Т-комбинацию, и, к его изумлению, центральный нападающий оказывается Адольфом Гитлером (в Т-комбинации защитник стоит прямо за центральным нападающим, который наклоняется вперед, удерживая футбольный мяч на земле между ногами. Задача центрального игрока состоит в том, чтобы послать мяч назад, между своими ногами, защитнику, который затем может передать его другому игроку и т. д.). Это стандартная футбольная комбинация, и любой, кто знает хоть что-нибудь об американском футболе, знает и о ней.

Аналитик, о котором идет речь, был сорокалетним американцем, он знал бы все это, если бы в молодости был футбольным болельщиком, и мог не знать, если никогда не интересовался футболом. Таким образом, неуверенность пациента была оправданна. Пациент хотел перейти к ассоциациям об Адольфе Гитлере и об особенной позиции по отношению к нему в сновидении. Но, прежде всего, он спросил, знает ли аналитик, что такое Т-комбинация, поскольку это казалось решающим моментом для понимания сновидения. Аналитик промолчал. Тогда пациент неохотно объяснил и описал, что такое Т-комбинация, кто такой защитник, кто такой центральный игрок и т. д. Большая часть сессии была потрачена на это. Жаль тратить время на такие тривиальности, ведь аналитик мог сказать в самом начале сессии, что он знает все это (как и было). Но даже более важно, что поведение аналитика показывает, что он следовал «правилу», истинной цели которого он не понимал, и из-за этого он позволил себе и пациенту испытать ненужную фрустрацию и впустую потратил время.

Часто необходимо исследовать интимные детали сексуальной жизни пациента или его туалетных привычек, что многих очень смущает. Когда я считаю нужным задавать пациенту такие вопросы и ощущаю его унижение, я обращаю внимание на его чувство унижения и либо исследую вместе с ним его смущение, либо, по меньшей мере, показываю, что я понимаю, что раскрытие этих вопросов болезненно, но необходимо. Я обычно прямо отмечаю сексуальные или враждебные чувства пациента ко мне, однако, если кажется, что пациент может чрезмерно расстроиться из-за моего вмешательства, я тоном или словами показываю, что осознаю его затруднения и сочувствую ему. Я не обращаюсь с пациентом как с маленьким ребенком, но стараюсь выяснить, сколь сильную боль он в состоянии вынести, продолжая продуктивно работать.

Я стараюсь защитить чувство самоуважения пациента, но, если я чувствую, что необходимо сказать нечто, что, как я знаю, будет восприниматься как унижение, я сделаю это, понимая, почему я это делаю, хотя при этом могу выразить каким-то образом свое сожаление. Например, недавно я сказал пациенту в конце сессии: «Я знаю, что это была неловкая ситуация для вас. Наконец-то вы смогли рассказать мне то, что так ужасало вас, — что вы любите меня и хотели бы, чтобы и я любил вас. И все, что я сказал: что ж, мы должны больше исследовать это».

Если пациент возвращается назад, в какие-то старые невротические паттерны поведения, я пытаюсь контролировать свои чувства печали или разочарования, точно так же как я сдерживаю свое удовольствие и гордость, когда он делает огромный шаг вперед. Но при этом я позволяю некоторой части своих чувств проявиться, поскольку отсутствие эмоций будет казаться проявлением холодности и негуманности. Я стараюсь умерять чувства неудачи или триумфа пациента, напоминая ему (и себе) о наших дальних целях.

Для того чтобы поддерживать эту способность переходить из одной позиции в другую, противоположную, то есть вызывать фрустрацию и давать удовлетворение, соблюдать дистанцию и быть близким пациенту, а также использовать самые различные сочетания этих полярностей, нужно, чтобы аналитик обладал высоким уровнем эмоциональной подвижности и гибкости. Я не подразумеваю под этим изменчивость и нестабильность. Аналитическая ситуация требует, чтобы аналитик был надежным человеком, заслуживающим доверия. Аналитик должен обладать способностью к эмоциональному вовлечению, но точно так же он должен обладать и способностью к отстранению. Вовлечение обеспечивает возможность эмпатического понимания, отстранение дает шанс обдумать, оценить, вспомнить, предвидеть и т. д. Сочувствие, забота и теплота всегда должны быть легко доступны аналитику, но он также должен быть способен, если это необходимо, занять позицию бесстрастного стороннего наблюдателя. Существуют также такие ситуации,

когда требуется и то, и другое: болезненный инсайт сообщается с точностью хирургического разреза, но при этом тон голоса может выражать заботу.

Когда я описываю сочувствие и заботу, проявляемую аналитиком, я не хочу этим сказать, что такие чувства следует проявлять открыто, заметно, при первом же признаке дискомфорта у пациента. Я полагаю, что наличие таких чувств должно ощущаться в том, как аналитик работает, в атмосфере аналитической ситуации. Анализ не может выполняться успешно в энергичной и бодрой, равно как в беспечной или веселой манере. Но анализ не будет плодотворным и тогда, когда он проводится в мрачной, унылой, мучительной тональности. Искреннее приятие и терпимость аналитика ко всему материалу пациента, его внимательное отношение ко всем деталям вне зависимости от того, насколько они безобразны или примитивны, его прямой, решительный подход даже к наиболее деликатным вопросам без жестокости или фальшивого рыцарства — все эти элементы вносят свой вклад в аналитическую атмосферу.

Желание исцелять не следует смешивать с патологическим терапевтическим рвением. Оно должно проявляться в серьезности намерения аналитика, в его неуклонных поисках инсайта, в его уважении к техническим средствам своей профессии без превращения их в культ или ритуал, оно должно проявляться в его готовности годами бороться за достижение долгосрочных целей. То, что аналитик сообщает болезненные инсайты, является таким же признаком его терапевтического намерения, как и его забота о чувстве собственного достоинства пациента. Для аналитика равно важно как выносить без стремления отомстить вспышки враждебности со стороны пациента и его попытки унизить аналитика, так и оставаться невозмутимым при его сексуальных провокациях. Это не означает, что аналитик не должен иметь чувств и фантазий по отношению к своим пациентам, это означает лишь, что их количество должно находиться в определенных пределах, аналитик должен быть в состоянии контролировать свои отклики, так чтобы количество того, что открывается, было ровно такое, какое требуется для пациента.

Аналитик должен позволять чувствам переноса пациента достигать оптимальной интенсивности. Для этого необходимо, чтобы аналитик обладал способностью выносить стресс, тревогу и депрессию спокойно и терпеливо. Все это возможно лишь в том случае, если аналитик сам имеет глубокий опыт психоанализа и продолжает заниматься самоанализом. Тем не менее профессиональный риск очень велик, самые лучшие и терапевтические результаты при лечении аналитика оставляют желать лучшего (Freud, 1937a, p. 248–250; Wheelis, 1956b; Greenson, 1966). В этой связи я хотел бы процитировать Фрейда.

«Давайте сделаем небольшую паузу для того, чтобы заверить аналитика в своем искреннем сочувствии, ведь ему приходится в своей деятельности

удовлетворять самым строгим требованиям. Это выглядит так, как если бы анализ был третьей «*невозможной*» профессией, когда заранее уверен в том, что достигнешь неудовлетворительных результатов. Два других подобных рода деятельности известны уже довольно давно — это воспитание и руководство. Очевидно, что мы не можем требовать того, чтобы будущий аналитик был совершенством, прежде чем займется анализом, то есть, чтобы в эту профессию приходили лишь люди, обладающие высоким и редким совершенством. Но где и как бедняга приобретет те *идеальные качества*, которые ему потребуются в его профессии? Ответ — в анализе себя, с которого начинается его подготовка к будущей деятельности. Из-за практических соображений этот анализ может быть лишь кратким и неполным...

Не удивительно, если в результе постоянной работы с вытесненным материалом, который борется за свое освобождение в человеческой психике, у аналитика всколыхнутся все те инстинктивные требования, которые обычно он был способен подавлять. Это тоже «опасности анализа», хотя они и угрожают не пассивному, а активному партнеру в аналитической ситуации; и мы не должны пренебрегать встречей с ними. Не может быть сомнений в том, как это сделать. Каждый аналитик должен периодически — через пять лет или около того — проходить еще раз собственный анализ, не стыдясь предпринимать такой шаг... Нашей целью не является стереть все своеобразие человеческого характера ради схематичной «нормальности», также не требуется, чтобы «основательно проанализированный» не испытывал никаких страстей и не развивал никаких внутренних конфликтов. Анализ должен обеспечить наилучшие из возможных условий для функционирования Эго, тогда его задача будет выполнена» (Freud, 1937a, p. 248–250).

Из того, что говорилось выше, можно сделать вывод: скромность — это еще одно важное требование, которое аналитическая ситуация предъявляет психоаналитику (Sharpe, 1947, p. 110–112).

Аналитик несет инсайт, который обычно болезнен и сообщается пациенту в атмосфере прямоты, сочувствия и сдержанности. Мое описание отражает то, как я пытаюсь разрешить конфликт между созданием атмосферы деприваации и заботой, сохранением близости к пациенту и одновременно сохранением дистанции. Я понимаю, что это глубоко личный вопрос, и не предлагаю своего решения в качестве точного рецепта для всех аналитиков. Однако я считаю, что, несмотря на индивидуальные различия среди психоаналитиков, две эти группы противоположных требований следует принимать во внимание. Аналитик должен обладать чертами, которые будут способствовать развитию невроза переноса и рабочего альянса, так как они равно важны для создания оптимальной аналитической ситуации (Greenson, 1965a).

4.23. Мотивации психоаналитика, которых требует аналитическая ситуация

По мере настоящего обсуждения постепенно должно стать ясно, что на самом деле невозможно отделить умения аналитика от его личностных черт, причем и то, и другое связано с его мотивациями. Фактически одним из наиболее важных открытий Фрейда было то, что поведение и мысли человека являются результатом взаимодействия инстинктивных влечений, конституции и опыта. Я попытался изолировать умения, черты и мотивации аналитика друг от друга для того, чтобы прояснить и подчеркнуть ряд необходимых для аналитической ситуации условий.

Я начал с умений и черт потому, что они более доступны для ежедневного клинического изучения. Мотивации более трудны для анализирования, потому что они происходят из примитивных бессознательных инстинктивных влечений и ранних объектных отношений. Их очень трудно точно вербализовать и почти невозможно верифицировать. Более того, дальнейшие процессы созревания Эго и Ид, равно как и факторы опыта, по-видимому, имеют огромную важность. Наконец, существует так много сложных иерархических отношений инстинкта и защиты, которые дают внешне сходную картину, что только внимательнейшее изучение индивидуальности может раскрыть специфические качества инстинкта и защиты, задействованные в данной мотивации. Тем не менее есть некоторые общие соображения, которые стоит рассмотреть, даже если эти моменты могут показаться упрощенными или основанными на впечатлениях.

Инстинктивные влечения принуждают человека искать разрядки и удовлетворения. По мере того как развивается Эго, поиск безопасности становится другой основной целью. Все последующие мотивации можно отнести к поискам удовлетворения или безопасности или к комбинации того и другого. Назову три основных компонента психоаналитической работы: 1) аналитик как собиратель и проводник инсайта и понимания; 2) аналитик как мишень невроза переноса; 3) аналитик как врачеватель больного и страдающего (Fleming, 1961).

Одной из уникальных черт психоаналитического лечения является то, что решающую роль в терапевтическом процессе играют интерпретация, инсайт и понимание (Bibring E., 1954; Gill, 1954; Eissler, 1958). Аналитик должен понимать своего пациента для того, чтобы получить инсайт относительно его поведения, фантазий и мыслей. Затем его задачей будет сообщить о скрытом значении, интерпретировать его для пациента. Желание понять другого человека столь интимным путем, желание достичь инсайта предполагает наличие склонности проникать во внутреннюю жизнь другой личности (Sharpe, 1930, p. 17). Такая склонность происходит и от либидинозных, и от агрес-

сивных импульсов. Ее развитие можно проследить в прошлом, в стремлениях к симбиотическому слиянию с матерью или во враждебных, разрушительных импульсах по отношению к ее чреву.

Стремление к достижению инсайта может быть остатком стремления к всемогуществу или способом преодолеть «тревогу незнакомца». Более позднее либидинозные и агрессивные компоненты также вносят вклад в желание достичь инсайта. Анальная коннотация таких понятий, как получение, добывание или накопление понимания, совершенно ясно. Сексуальное любопытство эдиповой фазы может добавлять свой импульс к этой активности, так что получение инсайта может стать заменителем фрустрированного детского подглядывания, а также отсроченной компенсацией за то, что ребенок оставался вне сексуальной жизни родителей (Sharpe, 1947, p. 121).

Я уже подчеркивал особую важность эмпатии как способа получения доступа к тонким и сложным сторонам другой личности (см. разделы 4.211 и 4.221). Получение инсайта с помощью эмпатии зависит от способности аналитика к идентификации и интроекции, от способности входить в интимный, довербальный контакт с пациентом — все это развивается из материнской любви и заботы раннего детства.

Желание передать инсайт, быть носителем понимания может быть связано с либидинозными или враждебными импульсами в зависимости от того, как бессознательно ощущается акт интерпретации: как помощь или причинение боли, как доставляющий удовольствие или боль. Передача пациенту понимания может быть бессознательной материнской деятельностью, формой кормления, взращивания, защиты или обучения пациента-ребенка. Это может также символически являться актом оплодотворения. Из семени маленького инсайта могут развиться большие изменения. Привнесение инсайта может быть также использовано бессознательно как способ восстановления контакта и коммуникации с прежде не понятым, то есть с утраченным, объектом любви. В этом смысле передача инсайта может служить попыткой преодоления депрессивного состояния (Greenson, 1960).

Желание передать инсайт другой личности может стать средством заглаживния вины, связанной с фантазией о том, что был причинен вред кому-то маленькому, больному, то есть сиблингам, соперникам и т. д. Аналогично поиски и передача инсайта могут служить контрфобической функцией, так же как и своеобразным антидепрессантом. Аналитик может исследовать неизвестное в пациенте для того, чтобы преодолеть свои собственные тревоги, то есть как бы продолжить свой собственный анализ (Freud, 1937a, p. 249).

Хотя приведенные замечания далеко не полны, я полагаю, что они затрагивают некоторые наиболее важные бессознательные силы, влияющие на мотивацию личности при выборе профессии, в которой одной из наиболее

важных функций является накопление и передача понимания. По моему мнению, вопрос о происхождении данной мотивации не является решающим для определения ее ценности или вреда. Имеет значение лишь степень деинстинктуализации и нейтрализации этих влечений у аналитика (Hartmann, 1955, p. 239–240).

Степень нейтрализации будет определять то, насколько функция носителя понимания может стать относительно свободной от конфликта, автономной и надежной функцией Эго. Например, я не считаю, что заслуживает специального внимания вопрос, является ли передача пациенту инсайта кормлением, взращиванием, защитой или обучением со стороны аналитика. Важно то, что кормление, взращивание, защита или обучение должны быть свободны от сексуальных или агрессивных подтекстов и не являться, следовательно, ни чрезмерно возбуждающими, ни вызывающими вину.

Сходным образом, проникновение во внутреннюю жизнь пациента с целью получения инсайта, очевидно, имеет либидинозные и агрессивные предпосылки, но в действительности важно знать, насколько тесно эта деятельность все еще связана с фантазиями, продуцирующими тревогу или вину. Однако следует также иметь в виду, что такие сублимации никогда не достигаются раз и навсегда, поскольку давление, исходящее от Ид, Супер-Эго и внешнего мира, приводит и к регрессии, и к прогрессу. Следовательно, другим важным моментом является то, насколько доступными для сознательного, разумного Эго аналитика являются эти агрессивные и либидинозные мотивы. Осознание контрпереноса может задействовать другие адаптивные средства аналитика, которые будут обеспечивать функции, с которыми нейтрализация не справилась. Различные точки зрения по этому поводу можно найти в ряде работ (Winnicott, 1956a; Spitz, 1956a; Balint, 1950a; Khan, 1963b, Khan, 1964).

Надежда на то, что получение и передача инсайта могут быть свободными от конфликтов, вины и тревоги, не оправдывает жестких требований, предъявляемых к профессии психоаналитика. Необходимо, чтобы эта деятельность приносила аналитику удовольствие. Ежедневная психоаналитическая работа трудна и часто болезненна для аналитика. Ему нужно определенное количество положительных эмоций при выполнении своих обязанностей, которые бы дали ему возможность сохранить живой интерес и участие к тому, что происходит с его пациентами. Удовольствие, получаемое от слушания, наблюдения, исследования, воображения и понимания, является не только допустимым, но и необходимым для оптимальной эффективности аналитика (Sharpe, 1947 p. 120–121; Szasz, 1957, p. 204–210).

Другая характеристика психоанализа, которая отличает его от других психотерапий — это особое внимание к структурированию взаимоотношений между пациентом и терапевтом таким образом, чтобы содействовать развитию

невроза переноса. Для того чтобы облегчить развитие невротических реакций переноса, необходимо, чтобы аналитик вел себя совершенно особым образом, отличным от всех других отношений между пациентом и терапевтом. Я имею в виду то, что кратко можно назвать инкогнито-депривирующее поведение психоаналитика. Это приводит нас к вопросу: какие мотивации могут побудить человека избрать карьеру в области, где одной из его главных задач будет вести себя по отношению к пациенту как относительно не реагирующий чистый экран, так, чтобы пациент мог проецировать и смещать на этот экран неразрешенные и отвращенные образы прошлого?

Этот аспект психоаналитической техники не представляет труда для аналитиков, склонных к изоляции, уходу в себя и невовлеченности. Трудности возникают в том случае, если эти аналитики оказываются неспособны сменить свою позицию и технику, когда аналитическая ситуация требует этого. На меня произвело сильное впечатление то, что многие аналитики чувствуют робость и дискомфорт во время первичных интервью из-за того, что они сидят лицом к лицу с пациентом. Они стремятся сократить число предварительных интервью для того, чтобы как можно быстрее обрести безопасность и комфорт, которые дает их положение за кушеткой. Анализ кандидатов со сходными проблемами обнаруживает, что они страдают определенной формой страха публичного выступления, который скрывает вытесненные эксгибиционистские импульсы и генерализованные агрессивизацию и сексуализацию ситуации, когда они смотрят или когда на них смотрят. Положение за кушеткой предоставляет им возможность смотреть в то время, как на них не смотрят.

На меня также произвело сильное впечатление то, что высокий процент психоаналитиков в значительной степени страдает от страха публичного выступления. Это столь поразительно, что я был вынужден предположить, что одним из мотивов, который делает профессию психоаналитика привлекательной, является скрытое положение аналитика за кушеткой. Применение важного инструмента содействия неврозу переноса путем сдерживания аналитиком своих эмоциональных откликов и сохранения относительной анонимности вполне может иметь этот патологический источник. Стеснительность и стремление к уединенности являются аналогичными, но здоровыми чертами характера, благодаря которым этот аспект психоаналитической техники будет привлекательным (Jones, 1955, p. 408).

Решающим фактором является то, насколько фиксированной, ригидной и интенсивной является застенчивость аналитика. Пока он имеет достаточную гибкость и может преодолевать свою робость, когда это необходимо, это, вероятно, не станет серьезной помехой. С другой стороны, сильные, не находящие выражения эксгибиционистские импульсы аналитика могут стать противоположной проблемой. Для таких аналитиков положение «за кушеткой» и приглушение своих эмоциональных реакций может вызвать хроническую

фрустрацию, которая, в свою очередь, может вести к взрывам непоследовательного поведения или бессознательным провокациям пациента к отыгрыванию.

Генерализованный эмоциональный уход и невовлеченность по отношению к пациенту являются значительно более грозными признаками и указывают на неспособность терапевта осуществлять психоанализ, ведь нельзя же сюда причислять карикатуры на истинную процедуру. Мой опыт работы с кандидатами, страдающими от этих проблем, показывает, что многие из них борются против сильной враждебности, ярости и тревоги. Им необходимо дистанцироваться для того чтобы не взорваться от гнева или паники. Эти люди не подходят для психоаналитической работы, но тем не менее стремятся к ней, потому что при поверхностном взгляде она предлагает им убежище от вызывающего ужас прямого контакта с людьми. Отчужденность — вариант нормы этого патологического поведения. Способность временно и частично отстраняться и отчуждаться является необходимым условием для психоаналитической работы, это особенно важно для содействия развитию невроза переноса. Ключевыми являются слова «временно и частично». Когда отчужденность контролируема, она ценна; когда она компульсивна и фиксирована, это уже противопоказание для выполнения психоаналитической работы.

Способность быть последовательно депривирующим и фрустрирующим зависит от способности причинять боль. Неразрешенные конфликты, касающиеся садизма, мазохизма и ненависти, будут приводить к крайностям или непоследовательности поведения. Чрезвычайно молчаливый аналитик, например, может скрывать хроническое пассивно-агрессивное отношение (Stone, 1961). Аналитики, которые практикуют в атмосфере чрезвычайной суровости и строгости, могут молчанием выражать свою враждебность, а также бессознательно провоцировать нападение, что является скрытой формой мазохистского удовлетворения. Способность последовательно блокировать поиски пациентом симптоматических удовлетворений является решающей для развития невроза переноса. Для того чтобы делать это, не позволяя бессознательным садистическим или мазохистским импульсам сбить себя с пути, аналитик должен быть способен модулировать свою агрессивность и ненависть. Точно так же, как аналитик должен быть способен любить своего пациента в определенных пределах, он должен быть способен и ненавидеть своего пациента, но тоже в определенных пределах. Любая боль, которую причиняет аналитик, будь то отчуждение, молчание, интерпретации или взимание платы, в конечном счете является производным ненависти. Важно, чтобы аналитик был способен делать это без бессознательной тревоги или вины и для терапевтической пользы пациента (Winnicott, 1949).

Пациент часто становится носителем фантазий аналитика. Он может представлять самого аналитика в прошлом, его сиблинга или родителя и т. д. Таким

образом, аналитическая ситуация дает аналитику возможность прожить свои более или менее бессознательные фантазии «через» своего пациента. Вследствие этого аналитик может невольно использовать пациента в качестве сообщника для разыгрывания своих вытесненных желаний. Поэтому неудивительно, что у аналитиков с тенденцией к отыгрыванию есть пациенты, которые осуществляют это. Более удивительно, хотя это и не редкость, что у аналитиков, которые ведут довольно ограниченную и сдержанную жизнь, встречаются пациенты, которые отыгрывают часто и вопиющим образом. Бессознательно такие аналитики одобряют и разделяют такое поведение (Greenacre, 1950, p. 236).

Наряду с тем, что сеттинг аналитической ситуации способствует образованию фантазий у пациента, он оказывает такое же воздействие и на аналитика. То, что он сидит невидимым за кушеткой, его молчание, физические ограничения, введенные для него, эмоциональная сдержанность — все это способствует мобилизации его воображения. Наиболее важным, однако, является тот факт, что невротические реакции переноса пациента дают аналитику множество ролей. Он может стать дорогим возлюбленным или ненавидимым врагом, пугающим отцом или соблазняющей матерью для пациента. Задача аналитика состоит в том, чтобы позволить развиться всем этим реакциям и вмешиваться только тогда, когда это полезно для пациента. Более того, его работа будет состоять в том, чтобы додумать и вычленить тот тип характера, который смещен на него, для того чтобы приобрести лучшее понимание его значения для пациента.

Удивительным образом аналитик становится молчаливым актером в пьесе, которую творит пациент. Аналитик не действует в этой драме, он старается остаться теневой фигурой, которая нужна пациенту для его фантазий. Тем не менее аналитик помогает в создании этого характера, разрабатывает детали путем инсайта, эмпатии и интуиции. В каком-то смысле он становится режиссером в данной ситуации, жизненно важным участником пьесы, но не актером. Он подобен дирижеру симфонического оркестра, он не пишет музыку, но проясняет и интерпретирует ее. Используя свое творческое воображение, аналитик участвует в фантазиях пациента как тот, кто проясняет и интерпретирует, но не как соучастник или провокатор (Kris, 1950; Beres, 1960; Rosen, 1960; Stone, 1961).

Прежде чем мы сможем вернуться к мотивациям аналитика как лечащего того, кто болен и страдает, необходимо предварительно обсудить некоторые вопросы, так как тема эта весьма противоречива. Большинство аналитиков, возможно, согласятся с выбором двух первых основных компонентов аналитической работы, а именно: 1) аналитик — тот, кто накапливает и передает инсайт и 2) действует так, чтобы быть относительно чистым экраном для невроза переноса пациента. Существуют значительные расхождения во мнениях относительно обоснованности и важности третьего момента: 3) аналитик —

человек, призванный облегчить невротическое страдание пациента (Stone, 1961, p. 12—17, 117—120). Чтобы должным образом представить ту точку зрения, что терапевтическое намерение аналитика является жизненно важным фактором в практике психоанализа, я бы хотел кратко остановиться на исторической и научной подоплеке этого диспута. Для получения более полной картины я рекомендовал бы работы Фрейда (Freud, 1926b) и Джонса (Jones, 1953; 1955, Ch. 4; Jones, 1957, Ch. 9).

С самых ранних работ Фрейда медики в целом, а неврологи и психиатры в особенности, относились к психоанализу враждебно и воинственно. Те терапевты, которые присоединились к психоаналитическому движению, не принадлежали к конвенциональному консервативному большинству врачей. Я полагаю, что это остается все еще верным и теперь. После Второй мировой войны психоанализ, по-видимому, стал более приемлемым для психиатров, но это не относилось к представителям других областей медицины.

Те немногие врачи, которые присоединились к Фрейду, когда он был в изоляции, и сформировали Психоаналитическое общество в Вене в 1902 году и Международную психоаналитическую ассоциацию в 1910 году, стояли более или менее в стороне от основного течения медицинских ассоциаций. В то же самое время наиболее яркий вклад в психоанализ был сделан людьми, вообще не имевшими отношения к медицине: это были Ганс Захс, Гермина Хаг-Хельмут, Оскар Пфистер, Отто Ранк, Мелани Кляйн, Зигфрид Бернфельд, Теодор Райк и Анна Фрейд. Двое из пяти членов «тайного комитета» Фрейда были людьми без медицинского образования: это были Ганс Захс и Отто Ранк (Jones, 1955, Ch. 6). Собственная академическая подготовка Фрейда была гораздо шире подготовки обычного врача. Весной 1926 года Теодор Райк предстал перед австрийским судом как шарлатан, а позже, в том же году, Фрейд написал небольшую работу в защиту неврачебного психоанализа. В ней Фрейд писал: «После сорока одного года медицинской деятельности мое самопознание свидетельствует, что я никогда не был врачом в общепринятом смысле... Я не знаю, было ли в раннем детстве у меня желание помогать страждущему человечеству... Не думаю, однако, что отсутствие у меня истинно медицинского темперамента причинило большой вред моим пациентам, так как пациентам не будет много пользы, если терапевтический интерес их доктора слишком эмоционально выражен. Помощь пациентам будет оказана лучше, если врач выполняет свою задачу хладнокровно, как можно точнее соблюдая правила...» (1926, p. 253—254).

По моему мнению, оценка Фрейдом себя не точна, возможно, она вызвана его враждебностью по отношению к профессии врача в тот момент. Я пытался показать совершенно явную терапевтическую позицию Фрейда при работе с пациентами в цитатах, приведенных в разделе 4.223. Я согласен с Фрейдом и другими авторами, что подготовка в медицинском институте — не идеальная

для психоаналитика и что предпочтительнее комбинация определенной медицинской подготовки и знаний в области социальных наук и наук о человеке, а также знание литературы (Freud, 1926b, p. 230—232, 246; Lewin, 1946; Fliess, 1954). Фрейд признавал, однако, следующее (и здесь я с ним полностью согласен): «Я вынужден допустить, что пока не существует таких школ для подготовки аналитиков, каких мы бы хотели, наилучшими кандидатурами для будущих аналитиков являются люди с медицинским образованием» (Freud, 1926b, p. 257).

Вопреки мнению Фрейда, я утверждаю, что терапевтическое намерение аналитика является жизненно важным элементом в складе его характера, если он практикует психоанализ как метод лечения. Я не говорю, что желание стать целителем больного может быть получено только в ходе медицинской подготовки, но, вне зависимости от того, откуда оно появилось, оно является существенным элементом в использовании психоанализа как терапии. По моему личному опыту я могу сказать, что я не знал ни одного эффективно практикующего психоаналитика, который не чувствовал бы сильного желания облегчить страдания своих пациентов. Я также встречал психоаналитиков с медицинской степенью, которые, в сущности, были только исследователями или собирателями данных, попавшими не на свое место, и их терапевтические результаты были ниже всяких ожиданий. Я знал аналитиков без медицинского образования, которые были врачевателями по своему способу работы, и их пациенты ничуть не страдали от отсутствия у них медицинской степени. Мне бы хотелось уточнить, что под стремлением помочь больному и страдающему я имею в виду то, что Стоун назвал искренним и очевидным терапевтическим, врачебным обязательством, глубоким и продуманным желанием помочь или излечить (1961, p. 119—120). Я не имею под этим в виду неистовое терапевтическое рвение.

Психоанализ не является тем лечением, которое выбирается в чрезвычайных ситуациях, не подходит он и для первой психиатрической помощи. Когда такие случаи возникают в ходе анализа, обычно бывает необходимо провести какую-то неаналитическую психотерапию. Хорошо подготовленный психоаналитик должен суметь сделать это, держа в голове вопрос, как при этом сохранить аналитическую ситуацию. Психоанализ является длительным лечением, терапевтическое намерение аналитика не должно иметь большую интенсивность, но оно должно сохраняться все годы лечения.

Время от времени в психоаналитической литературе можно встретить такое мнение, что желание облегчить страдание пациента является антагонистичным анализированию и пониманию его проблем (Sharpe, 1947, p. 216). Иногда кажется, что аналитиков больше заботит соблюдение чистоты психоанализа, чем улучшение его терапевтических результатов (Waelder, 1960, p. 116; Ramzy, 1961; Eissler, 1958). Другие склонны делать акцент на пассивной роли

аналитика как катализатора и недооценивают важность технического мастерства (Menninger, 1958; p. 11, 128). Описание взаимоотношений пациента и аналитика как «партии на два голоса», то есть как «партии первого голоса» и «партии второго голоса», преуменьшает и затемняет особую важность терапевтического отношения аналитика (Menninger, 1958).

По моему убеждению, в аналитической ситуации терапевтическая позиция аналитика чрезвычайно важна как для пациента, так и для самого аналитика. Для пациента лечащий аналитик является мощным активатором невроза переноса и рабочего альянса (Stone, 1961, p. 84—87). Образ врача пробуждает у пациента воспоминания, фантазии и чувства из детства, которые он испытывал по отношению к авторитетной, своевольной, непостижимой и магической фигуре, которая обладала властью всемогущих, всеведущих родителей. Именно доктор приходит и принимает бразды правления, когда родители больны и испуганы. Именно доктор имеет право исследовать обнаженное тело, у него нет ни страха, ни отвращения к крови, слизи, рвоте, моче и калу (Freud, 1926b, p. 206). Он избавляет от боли и паники: восстанавливает порядок из хаоса, выполняет те чрезвычайно важные функции, которые выполняла мать в первые годы жизни. Кроме того, врач причиняет боль, делает надрезы, прокалывает плоть и осматривает все отверстия на теле. Он напоминает о матери в связи с телесной близостью и о садомазохистских фантазиях, связанных с обоими родителями.

Для психоаналитика, по моему убеждению, наиболее важным является его терапевтическое обязательство перед пациентом, что делает возможным для него последовательно использовать разнообразные «неестественные» приемы, необходимые при проведении психоанализа, не становясь при этом ни приверженным ритуалу, ни авторитарным, не отдаляясь и не скучая. Я имею здесь в виду тот профессиональный риск, который возникает, когда аналитик выслушивает час за часом свободные и несвободные ассоциации, обращая при этом внимание на все детали, слушая, главным образом молча, проявляя только хорошо модулированные эмоциональные ответы, позволяя себе становиться мишенью эмоциональных бурь пациента, вмешиваясь только для блага пациента, позволяя влюбиться в себя (на вербальном уровне), но не становиться при этом соблазнителем; или перенося поношение себя без защиты и контратаки.

Именно основополагающее посвящение себя задаче помощи и исцеления больного помогает аналитику в таких условиях сохранять эмоциональную заинтересованность и сочувствие к пациенту, не проявляя чрезмерную заботу, как мать, но и не отстраняясь, как исследователь. Терапевтическое отношение подразумевает постоянное осознание болезненного и беспомощного в своей основе состояния пациента, а также уважение к тем процедурам и процессам, которые необходимы для терапевтических результатов. Доктор гораздо более

надежен в оценке того количества боли, которое может вынести пациент, чем его мать, отец или исследователь.

Вместе с тем положение аналитика включает и позицию матери, и позицию исследователя (я исключил из обсуждения отца, потому что это увело бы нас слишком далеко в сторону). Я полагаю, что идеальный аналитик является отцом с материнскими чертами или матерью, несущей отцовские черты. Эта двойственность относится к функциям, а не к сексуальным характеристикам. Аналитически ориентированный терапевт должен быть в близком эмпатическом (материнском) контакте со своими пациентами так, чтобы он мог взращивать их потенциальные способности, защищать их права и достоинства, знать разницу между пагубными и безвредными удовлетворениями, границы толерантности пациентов к депривации, быть готовым годами ждать плодов своих трудов. Как терапевт он также должен быть способен сохранять дистанцию между собой и пациентом, так, чтобы он мог «исследовать» данные пациента, то есть вспоминать, сортировать, обдумывать, оценивать, подводить теоретическую базу, рассуждать и т. д. Более того, аналитик должен быть способен легко входить в позиции матери и исследователя и делать вмешательства в обоих этих качествах. Кроме того, он не должен открыто проявлять ни ту, ни другую позицию по отдельности, а только как составное целое — терапевт.

Теперь мы можем, наконец, вернуться к нашему первоначальному вопросу: что побуждает человека избрать такое поприще, на котором он посвятит всю свою жизнь лечению больных и страдающих невротиков. Шутка, которая была популярна последнее время, содержит весьма большую долю правды в отношении этого вопроса. Загадка: «Кто такой психоаналитик?» Ответ: «Доктор-еврей, который не выносит вида крови!» Эта шутка обращает внимание на некоторые важные моменты. Фрейд адресовал самому себе вопрос о том, что движет человеком, посвящающим себя профессии психоанализа, и выявил два ранних источника терапевтического отношения, хотя и отрицал их у себя: «Моя природная расположенность к садизму не была очень сильной, так что у меня не было потребности развивать это как одно из его производных. Также я никогда не играл «в доктора», моя инфантильная любознательность выбирала себе другие пути» (1926b, p. 253).

Я полагаю, что важная роль, которую играют прегенитальные садистические влечения, вносящие свой вклад в интерес к лечению, была хорошо документирована, начиная с работы Зиммеля (Simmel, 1926), посвященной играм в «доктора». Такие импульсы могут быть обнаружены клинически по поведению садистических докторов, которые неприкрыто причиняют излишнюю боль и увечья, по реактивному образованию у нерешительных, заторможенных докторов и по явлениям возмещения и восстановления у компульсивных спасателей, обремененных виной. В качестве примера

относительно хорошо нейтрализованных агрессивных тенденций можно привести хирурга, который способен принять свободное от конфликтов решение оперировать, что он и делает с ловкостью и быстротой, и который потом не чувствует ни чрезмерного триумфа, ни вины.

Либидинозный вклад в терапевтическое обязательство вносят прегенитальные и эдиповы источники. Желание проникнуть внутрь, в тело или разум другого человека может быть мотивировано стремлением к слиянию и близости, но также и деструктивными целями. Анально-эротическое удовольствие может совершенно явно проявиться в чрезмерном интересе к «грязным» аспектам лечения, а также в чрезмерной чистоплотности, которая является реактивным образованием.

Одной из самых больших заслуг Зиммеля было понимание того, что роль доктора дает возможность повторного разыгрывания сексуальной, неверно понятой как садо-мазохистской, первичной сцены детства (p. 292—293). Терапевт, таким образом, может быть садистом-отцом, который сексуально мучает ставшего жертвой пациента-мать, он может стать избавителем, а может отождествляться с жертвой. Иногда обнаруживается, что терапевт пытается отыграть фантазию, когда делает со своим пациентом то, что он хотел бы, чтобы его родители делали с ним в детстве; это может быть разновидностью гомосексуализма и инцеста. Лечение больного может также исходить от «кормящей» матери, которая облегчает боль, накормив грудью ребенка (p. 303).

Другие важные факторы могут происходить из различных защитных действий. Лечение больного может быть как бы способом преодоления собственного страха болезни, то есть контрфобической активностью. Аналитик активно разыскивает то, чего он боится в пассивном состоянии (Fenichel, 1939). Защитная активность незаметно переходит в сферу сублимации и нейтрализации. Поиск знания и истины может стать деинстинктуализированным и свободным от тревоги производным влечения получить доступ к незнакомому и опасному телу и разуму. Чувство родства со страдающим человечеством может также играть роль в желании бороться против тирании излишних болезней и боли.

Психоаналитик отличается от других врачей-терапевтов тем, что у него нет телесного контакта с пациентом, несмотря на высокую степень вербальной близости. Он больше напоминает мать периода телесной сепарации, чем мать периода телесной близости (Stone, 1961, p. 105). Более того, аналитик делится своими знаниями и находками с пациентом гораздо больше, чем любой другой врач, и это приближает его профессию к профессии учителя.

Завершая это обсуждение о мотивации, стоит повторить два основных момента. Первый — источник стремления стать терапевтом не является основным фактором; решающим является то, насколько хорошо деинстинктуализирована и нейтрализована производная от него активность.

Второй — если нейтрализация не была успешна или была успешна только частично, то следующим вопросом будет следующий: имеет ли разумное Эго свободный доступ к этим примитивным предшественникам, и, следовательно, поддаются ли они влиянию и обузданию? Если все это есть, тогда эти импульсы будут не только безвредны, но могут также стать ценными индикаторами того, что происходит с пациентом.

4.3. Какие требования предъявляет психоанализ к психоаналитическому сеттингу

Термин «аналитический сеттинг» относится к физической рамке и установленному порядку процедур психоаналитической практики, которые формируют неотъемлемую часть процесса прохождения психоанализа. Хотя и верно, что при изменении одного или другого из его элементов проведение психоанализа не станет невозможным, также верно и то, что аналитический сеттинг влияет на разнообразные процессы, происходящие во время психоаналитического лечения. Например, мы знаем, что реакции переноса спонтанно возникают у невротиков, которые не проходят психоаналитическую терапию. Вместе с тем мы также знаем, что аналитический сеттинг облегчает появление всего разнообразия реакций переноса и максимально увеличивает их.

Хотя Фрейд подробно описал, как он подходит к установлению различных процедур и определенного порядка при работе с новыми пациентами, он не концептуализировал, чему могут способствовать эти процедуры и определенный порядок (Freud, 1912b, Freud, 1913b). То, что у него были какие-то ожидания в этом плане, можно увидеть из его работы о любви в переносе, где он упоминает, что влюбленность пациента «индуцирована» и «спровоцирована» аналитической ситуацией (Freud, 1915a, p. 160–161, 168).

Еще относительно недавно в психоаналитической литературе подчеркивалась преобладающая важность прошлой истории пациента и установок аналитика на относительную нейтральность, инкогнито и пассивность как

факторов, определяющих течение реакций переноса. Хотя все это по-прежнему остается в силе, мы знаем сегодня, что определенные элементы аналитического сеттинга и процедур могут как содействовать, так и препятствовать этому развитию. Статьи Макалпайн (Macalpine, 1950), Гринейкр (Greenacre, 1954), Льюина (Lewin, 1955), Шпица (Spitz, 1956b) и Стоуна (Stone, 1961) особенно способствовали пониманию важности аналитического сеттинга для эволюции различных реакций переноса.

Придерживаясь данных ранее формулировок, касающихся отношения пациента к аналитику, мы исследуем аналитический сеттинг с точки зрения того, какие элементы способствуют развитию невроза переноса, а какие облегчают рабочий альянс, то есть что склоняет пациента регрессировать, а что помогает ему сохранять более зрелый уровень функционирования. Существенно, что аналитический сеттинг последовательно обеспечивает обе эти возможности (Greenson, 1965a).

То обстоятельство, что два человека встречаются неоднократно и наедине в течение длительного времени, вызывает интенсивную эмоциональную вовлеченность. Тот факт, что один из них испытывает затруднения и относительно беспомощен, а другой — специалист, предлагающий помощь, способствует развитию неравных отношений, так что человек, имеющий затруднения, склонен регрессировать в некоторую форму инфантильной зависимости (Greenacre, 1954). Тот установленный порядок,когда пациент лежит на кушетке, также вносит свой вклад в регрессию. Положение «откинувшись назад» — пережиток тех дней, когда применялся гипноз, — является модификацией попытки погрузить пациента в сон (Lewin, 1955; Khan, 1962). Сокращение внешних стимулов (пациент не видит аналитика, аналитик относительно молчалив, между ними нет физического контакта) также способствует возникновению состояния, подобного сну (Macalpine, 1950; Spitz, 1956b).

Шпиц (Spitz, 1956b) также подчеркивал тот факт, что пациент находится в лежачем положении и, следовательно, ниже, чем сидящий над ним сзади аналитик, что движения его тела ограничены, что он говорит, но не видит того, кому он рассказывает, — все это толкает пациента в направлении безобъектности. Гринейкр (Greenacre, 1954) было высказано предположение, что эта комбинация элементов вкратце повторяет матрицу взаимоотношений мать-ребенок в первые месяцы жизни. Свободная ассоциация сама по себе является приглашением к регрессии по направлению к первичному процессу и сновидению (Macalpine, 1950; Lewin, 1955). Она походит также на детскую болтовню, когда мы просим пациента говорить все без разбора, не думая об ответственности за слова (Spitz, 1956b).

Установленный порядок аналитического сеттинга также способствует регрессии. Относительная анонимность аналитика, приглушенность

эмоциональных откликов и общая депривирующая позиция по отношению к невротическим желаниям пациента содействуют развитию невроза переноса (Macalpine, 1950; Spitz, 1956b). То обстоятельство, что аналитик является лекарем, терапевтом, также активизирует в фантазийной жизни пациента множество инфантильных предшествующих фигур докторов (см. раздел 4.23).

Множество рутинных моментов, которые выше были описаны как содействующие регрессии к инфантильному неврозу, также способствуют формированию и поддержанию рабочего альянса, если они выполняются последовательно, часто и в течение длительного периода времени. Все процедуры, которые становятся предсказуемыми, вызывают относительное чувство безопасности, и, если они воспринимаются как имеющие терапевтическое намерение, они будут вызывать чувство доверия, которое является основой рабочего альянса. Сотрудничество и доверие дают возможность пациенту позволить себе регрессировать, так же как они дают ему мужество рискнуть отказаться от невротической защиты и испытать новую форму адаптации. Ежедневная работа аналитика с пациентом, его неослабевающие поиски инсайта и понимания, уважение и защита прав, возможностей и достоинства пациента, его участие и сочувствие, а также открытое и обдуманное обязательство облегчить невротическое страдание пациента должны быть частью аналитической атмосферы.

Здесь, как и во многих процессах психоанализа, есть диалектика. Ненасытный инстинктивный голод невротического пациента может превратить даже установку на удовлетворение аналитика во фрустрацию. Амбивалентность пациента может исказить терапевтическую заботу аналитика в форму отвержения, а терпение аналитика — в безразличие. Решающей при этом является относительная сила разумного Эго пациента по отношению к Ид, Супер-Эго и внешнему миру в данный момент. Отношение к аналитику зависит от всех этих факторов.

Примером биполярности служит то, что любое вмешательство аналитика может ощущаться как убаюкивание или же как настойчивое требование пробуждения. Решающую роль могут сыграть какие-либо неуловимые события повседневной жизни. Несмотря на тот факт, что аналитический сеттинг — важная переменная в терапевтическом уравнении, он не может заменить психоаналитической техники: искусства интерпретации и искусства отношений с другим человеком. Следует также помнить и принимать это со смирением, что даже при самой лучшей технике требуется значительное количество времени для того, чтобы преодолеть ужасную тиранию прошлого над пациентом и его навязчивое повторение (Greenson, 1966).

Дополнительный список литературы

Общие вопросы

Altman (1964), Greenacre (1954), Greenson (1966), Haak (1957), Khan (1960, 1962); Lewin (1955, 1959), Macalpine (1950), Spitz (1956a, 1956b), Stone (1961).

Черты личности и характера, которые требуются от пациента при анализе

Aarons (1962), Guttman (1960), Knapp, Lewin, McCarter, Wermer and Zetzel (1960), Rozenberg [Zetzel] (1949), Waldhorn (1960)

Удовлетворение и фрустрация в аналитическом сеттинге

Glover (1955), Greenacre (1959), Hoffer (1955), Kubie (1950), Menninger (1958), Nacht (1957).

Библиография

AARONS, Z. A. (1962), Indications for Analysis and Problems of Analyzability. *Psychoanal. Quart.,* 31:514-531.

ABRAHAM, K. (1913), Shall We Have the Patients Write Down Their Dreams? In: *The Psychoanalytic Reader,* ed. R. Fliess. New York: International Universities Press, 1948, 1:326-328.

ABRAHAM, K. (1919), A Particular Form of Neurotic Resistance against the Psycho-Analytic Method. *Selected Papers on Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1948, pp. 303-311.

ABRAHAM, K. (1924), A Short Study of the Development of the Libido. *Selected Papers on Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1948, pp. 418-501.

AICHHORN, A. (1925), *Wayward Youth.* New York: Viking Press, 1945.

ALEXANDER, F. (1925), A Metapsychological Description of the Process of Cure. *Int. J. Psycho-Anal.,* 6:13-34.

ALEXANDER, F. (1927), *Psychoanalysis of the Total Personality.* New York & Washington: Nervous & Mental Disease Publishing Co., 1930.

ALEXANDER, F. (1935), The Problem of Psychoanalytic Technique. *Psychoanal. Quart.,* 4:588-611.

ALEXANDER, F. (1950), Analysis of the Therapeutic Factors in Psychoanalytic Treatment. *Psychoanal. Quart.,* 19:482-500.

ALEXANDER, F. (1954a), Some Quantitative Aspects of Psychoanalytic Technique. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 2:685-701.

ALEXANDER, F. (1954b), Psychoanalysis and Psychotherapy. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 2:722-733.

ALEXANDER, F., FRENCH, T. M., ET AL. (1946), *Psychoanalytic Therapy.* New York: Ronald Press.

ALTMAN, L. L. (1957), On the Oral Nature of Acting Out. *J. Amer. Psycho-anal. Assn.,* 5:648-662.

ALTMAN, L. L. (1964), Panel report: Theory of Psychoanalytic Therapy. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 12:620-631.

ARLOW, J. A. (1961), Silence and the Theory of Technique. *J. Amer. Psycho-anal. Assn.*, 9:44-55.

ARLOW, J. A. (1963), Conflict, Regression, and Symptom Formation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 44:12-22.

ARLOW, J. A. & BRENNER, C. (1964), Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory. New York: International Universities Press.

BALINT, M. (1948), On the Psycho-Analytic Training System. *Int. J. Psycho-Anal,* 29:163-173.

BALINT, M. (1950a), Changing Therapeutical Aims and Techniques in Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 31:117-124.

BALINT, M. (1950b), On the Termination of Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 31: 196-199.

BALINT, M. (1954), Analytic Training and Training Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 35:157-162.

BELLAK, L. (1961), Free Association: Conceptual and Clinical Aspects. *Int. J. Psycho-Anal.*, 42:9-20.

BENEDEK, T. (1953), Dynamics of the Countertransference. *Bull. Menninger Clin.*, 17:201-208.

BENEDEK, T. (1955), A Contribution to the Problem of Termination of Training Analysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 3:615-629.

BENJAMIN, J.D. (1947), Psychoanalysis and Nonanalytic Psychotherapy. *Psychoanal. Quart.*, 2:169-176.

BERES, D. (1960), Psychoanalytic Psychology of Imagination. *J. Amer. Psycho-anal. Assn.*, 8:252-269.

BEREZIN, M. (1957), Note-taking during the Psychoanalytic Session. *Bull. Phila. Assn. Psychoanal.*, 7:96-101.

BERGLER, E. (1949), *The Basic Neurosis.* New York: Grune & Stratton.

BERNFELD, S. (1962 [1952]), On Psychoanalytic Training. *Psychoanal. Quart.*, 31:453-482.

BIBRING, E. (1937), On the Theory of the Results of Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 18:170-189.

BIBRING, E. (1943), The Conception of the Repetition Compulsion. *Psychoanal. Quart.*, 12:486-519.

BIBRING, E. (1954), Psychoanalysis and the Dynamic Psychotherapies. *J. Amer. Psychoanal Assn.*, 2:745-770.

BIBRING, G. L. (1935), A Contribution to the Subject of Transference Resistance. *Int. J. Psycho-Anal.*, 17:181, 1936.

BIBRING, G. L. (1954), The Training Analysis and Its Place in Psycho-Analytic Training. *Int. J. Psycho-Anal,* 35:169-173.

BIRD, B. (1957), A Specific Peculiarity of Acting Out. *J. Amer. Psychoanal Assn.,* 5:630-647.

BORNSTEIN, B. (1949), The Analysis of a Phobic Child: Some Problems of Theory and Technique in Child Analysis. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 3/4:181-226. {*The Psychoanalytic Study of the Child,* currently 21 Volumes, edited by R. S. Eissler, A. Freud, H. Hartmann, & M. Kris. New York: International Universities Press, 1945-1966.}

BOUVET, M. (1958), Technical Variation and the Concept of Distance. *Int. J. Psycho-Anal.,* 39:211-221.

BRAATØY, T. (1954), *Fundamentals of Psychoanalytic Technique.* New York: Wiley.

BRENNER, C. (1955), An *Elementary Textbook of Psychoanalysis.* New York: International Universities Press.

BHEUEH, J. & FREUD, S. (1893-1895), Studies on Hysteria. *Standard Edition, 2.* London: Hogarth Press, 1955.

BRIDGEH, H. (1950), Criteria for the Termination of Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.,* 31:202-203.

BRIERLEY, M. (1951), *Trends in Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press.

BYCHOWSKI, G. (1953), The Problem of Latent Psychosis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 1:484-503.

BYCHOWSKI, G. (1954), The Structure of Homosexual Acting Out. *Psychoanal. Quart.,* 23:48-61.

BYCHOWSKI, G. (1958), Struggle Against the Introjects. *Int. J. Psycho-Anal,* 39:182-187.

COLBY, K. M. (1951), *A Primer for Psychotherapists.* New York: Ronald Press.

DE FOREST, I. (1951), Significance of Countertransference in Psychoanalytic Therapy. *Psychoanal. Rev.,* 38:158-171.

DE FOREST, I. (1954), *The Leaven of Love: A Development of the Psychoanalytic Theory and Technique of Sandor Ferenczi.* New York: Harper.

DEUTSCH, F. (1939), Associative Anamnesis. *Psychoanal Quart.,* 8:354-381.

DEUTSCH, F. (1947), Analysis of Postural Behavior. *Psychoanal. Quart.,* 16:195-213.

DEUTSCH, F. (1952), Analytic Posturology. *Psychoanal. Quart.,* 21:196-214.

DEUTSCH, H. (1942 [1934]), Some Forms of Emotional Disturbances and Their Relationship to Schizophrenia. In: *Neuroses and Character Types.* New York: International Universities Press, 1965, pp. 262-281.

DEUTSCH, H. (1944-45), *The Psychology of Women.* 2 Vols. New York: Grune & Stratton.

DEVEREUX, G. (1951), Some Criteria for the Timing of Confrontations and Interpretations. *Int. J. Psycho-Anal.,* 32:19-24.

EISENDORFEH, A. (1959), The Selection of Candidates Applying for Psychoanalytic Training. *Psychoanal. Quart.,* 28:374-378.

EISSLER, K. R. (1950a), Ego-Psychological Implications of the Psychoanalytic Treatment of Delinquents. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 5:97-121.

EISSLER, K. R. (1950b), The Chicago Institute of Psychoanalysis and the Sixth Period of the Development of Psychoanalytic Technique. *J. Genet. Psychol.,* 42: 103-157.

EISSLER, K. R. (1953), The Effect of the Structure of the Ego on Psychoanalytic Technique. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 1:104-143.

EISSLER, K. R. (1956), Some Comments on Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry. *J. Amer. Psychoanal Assn.,* 4:314-317.

EISSLER, K. R. (1958), Remarks on Some Variations in Psycho-Analytical Technique. Int. *J. Psycho-Anal.,* 39:222-229.

EKSTEIN, R. (1950), Trial Analysis in the Therapeutic Process. *Psychoanal. Quart.,* 19:52-63.

EKSTEIN, R. (1955), Termination of the Training Analysis within the Framework of Present-day Institutes. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 3:600-614.

EKSTEIN, R. (1956), A Clinical Note on the Therapeutic Use of a Quasi-religious Experience. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 4:304-313.

EKSTEIN, R. (1960a), A Historical Survey on the Teaching of Psychoanalytic Technique. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 8:500-516.

EKSTEIN, R. (1960b), Panel report: The Teaching of Psychoanalytic Technique. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 8:167-174.

EKSTEIN, R. & FRIEDMAN, S. W. (1957), The Function of Acting Out, Play Action and Play Acting in the Psychotherapeutic Process. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 5:581-629.

EKSTEIN, R. & WALLERSTEIN, R. S. (1958), *The Teaching and Learning of Psychotherapy.* New York: Basic Books.

ERIKSON, E. H. (1950), *Childhood and Society.* New York: Norton.

EVANS, W. N. (1953), Evasive Speech as a Form of Resistance. *Psychoanal. Quart.,* 22:548-560.

FAIRBAIRN, W. R. D. (1958), On the Nature and Aims of Psycho-Analytical Treatment. *Int. J. Psycho-Anal,* 39:374-385.

FELDMAN, S. S. (1948), Mannerisms of Speech: A Contribution to the Working Through Process. *Psychoanal. Quart.,* 17:356-367.

FELDMAN, S. S. (1958), Blanket Interpretations. *Psychoanal. Quart.*, 27:205-216.

FELDMAN, S. S. (1959), *Mannerisms of Speech and Gestures in Everyday Life.* New York: International Universities Press.

FENICHEL, O. (1934), On the Psychology of Boredom. *Collected Papers of Otto Fenichel,* 1:292-302. New York: Norton, 1953.

FENICHEL, O. (1939), The Counter-Phobic Attitude. *The Collected Papers of Otto Fenichel,* 2:163-173. New York: Norton, 1954.

FENICHEL, O. (1941), *Problems of Psychoanalytic Technique.* Albany, N.Y.: The Psychoanalytic Quarterly, Inc.

FENICHEL, O. (1945a), *The Psychoanalytic Theory of Neurosis.* New York: Norton.

FENICHEL, O. (1945b), Neurotic Acting Out. *Collected Papers of Otto Fenichel,* 2:296-304. New York: Norton, 1954.

FERENCZI, S. (1909), Introjection and Transference. *Sex in Psychoanalysis.* New York: Basic Books, 1950, pp. 35-93.

FERENCZI, S. (1911), On Obscene Words. *Sex in Psychoanalysis.* New York: Basic Books, 1950, pp. 132-153.

FERENCZI, S. (1912), Transitory Symptom-Construction during the Analysis. *Sex in Psychoanalysis.* New York: Basic Books, 1950, pp. 193-212.

FERENCZI, S. (1914a), Discontinuous Analyses. *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, pp. 233-235.

FERENCZI, S. (1914b), Sensations of Giddiness at the End of the Psycho-Analytic Session. *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, pp. 239-241.

FERENCZI, S. (1914c), On Falling Asleep during Analysis. *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, pp. 249-250.

FERENCZI, S. (1914d), The Psychic Effect of the Sunbath. *The Theory and Technique of Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, p. 365.

FERENCZI, S. (1915), Restlessness towards the End of the Hour of Analysis. *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, pp. 238-239.

FERENCZI, S. (1916), *Sex in Psychoanalysis.* New York: Basic Books, 1950.

FERENCZI, S. (1916-17a), Interchange of Affect in Dreams. Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis. London: Hogarth Press, 1950, p. 345.

FERENCZI, S. (1916-17b), Dreams of the Unsuspecting. «Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis. London: Hogarth Press, 1950, pp. 346-348.

FERENCZI, S. (1916-17c), Silence Is Golden. *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, pp. 250-251.

FERENCZI, S. (1919a), On the Technique of Psycho-Analysis. *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, pp. 177-189.

FERENCZI, S. (1919b), Technical Difficulties in the Analysis of a Case of Hysteria. *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, pp. 189-197.

FERENCZI, S. (1919c), Sunday Neuroses. *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, pp. 174-177.

FERENCZI, S. (1921 [1920]), The Further Development of an Active Therapy in Psycho-Analysis. *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, pp. 198-217.

FERENCZI, S. (1923), Attention during the Narration of Dreams. *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, p. 238.

FERENCZI, S. (1924), On Forced Phantasies. *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, pp. 68-77.

FERENCZI, S. (1925), Contra-Indications to the 'Active' Psycho-Analytical Technique. *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, pp. 217-230.

FERENCZI, S. (1928a [1927]), The Problem of the Termination of the Analysis. *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis.* New York: Basic Books, 1955, pp. 77-86.

FERENCZI, S. (1928b [1927]), The Elasticity of Psycho-Analytic Technique. *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis.* New York: Basic Books, 1955, pp. 87-101.

FERENCZI, S. (1930 [1929]), The Principles of Relaxation and Neocatharsis. *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis.* New York: Basic Books, 1955, pp. 108-125.

FERENCZI, S. (1939 [c. 1913]), Laughter. *Final Contributions to the Problem and Methods of Psycho-Analysis.* New York: Basic Books, 1955, pp. 177-182.

FERENCZI, S. & RANK, O. (1924), The Development of Psychoanalysis. New York & Washington: Nervous and Mental Disease Publishing Co., 1925.

FISHER, C. (1953), Studies on the Nature of Suggestion: Part II. The Transference Meaning of Giving Suggestions. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 1:406-437.

FLEMING, J. (1946), Observations of the Defenses against a Transference Neurosis. Psychiatry, 9:365-374.

FLEMING, J. (1961), What Analytic Work Requires of an Analyst: A Job Analysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 9:719-729.

FLEMING, J. & BENEDEK, T. (1964), Supervision: A Method of Teaching Psycho-analysis. *Psychoanal. Quart.*, 33:71-96.

FLIESS, R. (1949), Silence and Verbalization: A Supplement to the Theory of the 'Analytic Rule.' *Int. J. Psycho-Anal.*, 30:21-30.

FLIESS, R. (1953), Countertransference and Counter-identification. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 1:268-284.

FLIESS, R. (1954), The Autopsic Encumbrance: Some Remarks on an Unconscious Interference with the Management of the Analytic Situation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 35:8-12.

FHAIBERG, S. (1951), Clinical Notes on the Nature of Transference in Child Analysis. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6:286-306.

FHAIBERG, S. (1966), Further Considerations of the Role of Transference in Latency. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 21:213-236.

FRANK, J. (1956), Indications and Contraindications for the Application of the «Standard Technique.» *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 4:266-284.

FREEMAN, T. (1959), Aspects of Defence in Neurosis and Psychosis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 40:199-212.

FRENCH, T. M. (1946), The Transference Phenomena. In: F. Alexander, T. M.

FRENCH, ET AL., *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press.

FREUD, A. (1928 [1946]), *The Psycho-Analytical Treatment of Children*. New York: International Universities Press, 1955.

FREUD, A. (1936), *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: International Universities Press, 1946.

FREUD, A. (1950a), Probleme der Lehranalyse. In: Max Eitingon in Memoriam. Jerusalem: Israeli Psychoanalytic Society.

FREUD, A. (1950b), The Significance of the Evolution of Psychoanalytic Child Psychology. Congres International de Psychiatrie, Paris, 1950, 5:29-36. Abstr. in: The Annual Survey of Psychoanalysis, 1:200-203. New York: International Universities Press, 1952.

FREUD, A. (1954a), The Widening Scope of Indications for Psychoanalysis: Discussion. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2:607-620.

FREUD, A. (1954b), Problems of Technique in Adult Analysis. *Bull. Phila. Assn. Psychoanal.*, 4:44-69.

FREUD, A. (1959), The Nature of the Psychotherapeutic Process (unpublished manuscript) quoted by Ekstein (1960a).

FREUD, A. (1965), *Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development.* New York: International Universities Press.

FREUD, A., NAGEHA, H., & FREUD, W. E. (1965), Metapsychological Assessment of the Adult Personality: The Adult Profile. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 20:9-41.

FREUD, S. (1894), The Neuro-Psychoses of Defence. *Standard Edition,* 3:43-68.{ *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* 24 Volumes, translated and edited by James Strachey. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1953}

FREUD, S. (1896), Further Remarks on the Neuro-Psychoses of Defence. *Standard Edition,* 3:159-185.

FREUD, S. (1898), Sexuality and the Aetiology of the Neuroses. *Standard Edition,* 3:261-285.

FREUD, S. (1900), The Interpretation of Dreams. *Standard Edition,* 4 & 5.

FREUD, S. (1904 [1903]), Freud's Psycho-Analytic Procedure. *Standard Edition,* 7:249-254.

FREUD, S. (1905a [1901]), Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria. *Standard Edition,* 7:3-122.

FREUD, S. (1905b [1904]), On Psychotherapy. *Standard Edition,* 7:257-268.

FREUD, S. (1905c), Psychical (or Mental) Treatment. *Standard Edition,* 7:283-302.

FREUD, S. (1905d), Three Essays on the Theory of Sexuality. *Standard Edition,* 7:125-245.

FREUD, S. (1908), Character and Anal Erotism. *Standard Edition,* 9:169-175.

FREUD, S. (1909), Notes upon a Case of Obsessional Neurosis. *Standard Edition,* 10:153-318.

FREUD, S. (1910a), The Future Prospects of Psycho-Analytic Therapy. *Standard Edition,* 11:139-151.

FREUD, S. (1910b), 'Wild' Psycho-Analysis. *Standard Edition,* 11:219-227.

FREUD, S. (1911a), Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides). *Standard Edition,* 12:3-82.

FREUD, S. (1911b), The Handling of Dream-Interpretation in Psycho-Analysis. *Standard Edition,* 12:89-96.

FREUD, S. (1912a), The Dynamics of Transference. *Standard Edition,* 12:97-108.

FREUD, S. (1912b), Recommendations to Physicians Practising Psycho-Analysis. *Standard Edition,* 12:109-120.

FREUD, S. (1913a), [1912-13]), Totem and Taboo. *Standard Edition,* 13:1-161.

FREUD, S. (1913b), On Beginning the Treatment. *Standard Edition,* 12:121-144.

FREUD, S. (1914a), Fausse Reconnaissance *(Deja Raconte)* in Psycho-Analytic Treatment. *Standard Edition,* 13:201-207.

FREUD, S. (1914b), On the History of the Psycho-Analytic Movement. *Standard Edition,* 14:3-66.

FREUD, S. (1914c), Remembering, Repeating, and Working-Through. *Standard Edition,* 12:145-156.

FREUD, S. (1915a [1914]), Observations on Transference-Love. *Standard Edition,* 12:157-171.

FREUD, S. (1915b), The Unconscious. *Standard Edition,* 14:159-215.

FREUD, S. (1915c), Repression. *Standard Edition,* 14:141-158.

FREUD, S. (1915d), Instincts and Their Vicissitudes. Standard Edition, 14:109-140.

FREUD, S. (1916-17 [1915-17]), Introductory Lectures on Psycho-Analysis. Standard Edition, 15 & 16.

FREUD, S. (1917a [1915]), A Metapsychological Supplement to the Theory of Dreams. *Standard Edition,* 14:217-235.

FREUD, S. (1917b [1915]), Mourning and Melancholia. *Standard Edition,* 14: 237-260.

FREUD, S. (1919a [1918]), Lines of Advance in Psycho-Analytic Therapy. *Standard Edition*, 17:157-168.

FREUD, S. (1919b), 'A Child Is Being Beaten.' *Standard Edition*, 17:175-204.

FREUD, S. (1920), Beyond the Pleasure Principle. *Standard Edition*, 18:3-64.

FREUD, S. (1921), Group Psychology and the Analysis of the Ego. *Standard Edition*, 18:67-143.

FREUD, S. (1923a [1922]), Two Encyclopedic Articles: Psycho-Analysis. *Standard Edition,* 18:235-254.

FREUD, S. (1923b), The Ego and the Id. *Standard Edition,* 19:3-66.

FREUD, S. (1923c [1922]), Remarks on the Theory and Practice of Dream-Interpretation. *Standard Edition,* 19:109-121.

FREUD, S. (1925a [1924]), An Autobiographical Study. *Standard Edition,* 20: 3-74.

FREUD, S. (1925b), Negation. *Standard Edition,* 19:235-239.

FREUD, S. (1925c), Some Additional Notes on Dream-Interpretation as a Whole. *Standard Edition,* 19:125-138.

FREUD, S. (1926a [1925]), Inhibitions, Symptoms and Anxiety. *Standard Edition,* 20:77-175.

FREUD, S. (1926b), The Question of Lay Analysis. *Standard Edition,* 20:179-258.

FREUD, S. (1933 [1932]), New Introductory Lectures in Psycho-Analysis. *Standard Edition,* 22:3-182.

FREUD, S. (1937a), Analysis Terminable and Interminable. *Standard Edition,* 23:209-253.

FREUD, S. (1937b), Constructions in Analysis. *Standard Edition,* 23:255-269.

FREUD, S. (1940a [1938]), Splitting of the Ego in the Defensive Process. *Standard Edition,* 23:271-278.

FREUD, S. (1940b [1938]), An Outline of Psycho-Analysis. *Standard Edition,* 23:141-207.

FRIEDMAN, L. J. (1953), Defensive Aspects of Orality. *Int. J. Psycho-Anal.,* 34:304-312.

FRIEDMAN, L. J. (1954), Regressive Reaction to the Interpretation of a Dream. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 2:514-518.

FROMM-REICHMANN, F. (1950), *Principles of Intensive Psychotherapy.* Chicago: University of Chicago Press.

FROMM-REICHMANN, F. (1954), Psychoanalytic and General Dynamic Conceptions of Theory and of Therapy: Differences and Similarities. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 2:711-721.

FROMM-REICHMANN, F. (1955), Clinical Significances of Intuitive Processes of the Psycho-analyst. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 3:82-88.

FROSCH, J. (1959), Transference Derivatives of the Family Romance. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 7:503-522.

GELEERD, E. R. (1957), Some Aspects of Psychoanalytic Technique in Adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 12:263-283.

GERO, G. (1951), The Concept of Defense. *Psychoanal. Quart.,* 20:565-578.

GERO, G. (1953), Defenses and Symptom Formation. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 1:87-103.

GIFFORD, S. (1964), Panel report: Repetition Compulsion. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 12:632-649.

GILL, M. M. (1951), Ego Psychology and Psychotherapy. *Psychoanal. Quart.,* 20:62-71.

GILL, M. M. (1954), Psychoanalysis and Exploratory Psychotherapy. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 2:771-797.

GILL, M. M. (1963), *Topography and Systems in Psychoanalytic Theory [Psychological Issues,* Monogr. 10]. New York: International Universities Press.

GILL, M. M., NEWMAN, R., & REDLICH, F. C. (1954), *The Initial Interview in Psychiatric Practice.* New York: International Universities Press.

GILLESPIE, W. H. (1958), Neurotic Ego Distortion. *Int. J. Psycho-Anal.,* 39: 258-259.

GITELSON, M. (1948), Problems of Psychoanalytic Training. *Psychoanal. Quart.,* 17:198-211.

GITELSON, M. (1951), Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry. *Arch. Neural, & Psychiat.,* 66:280-288.

GITELSON, M. (1952), The Emotional Position of the Analyst in the Psycho-Analytic Situation. *Int. J. Psycho-Anal.,* 33:1-10.

GITELSON, M. (1954), Therapeutic Problems in the Analysis of the 'Normal' Candidate. *Int. J. Psycho-Anal,* 35:174-183.

GITELSON, M. (1958), On Ego Distortion. *Int. J. Psycho-Anal,* 39:245-257.

GITELSON, M. (1964), On the Identity Crisis in American Psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal Assn.,* 12:451-476.

GITELSON, M. ET AL. (1962), The Curative Factors in Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.,* 43:194-234.

GLOVER, E. (1939), *Psycho-Analysis: A Handbook for Medical Practitioners and Students of Comparative Psychology.* New York & London: Staples Press.

GLOVER, E. (1955 [1928, 1940]), *The Technique of Psycho-Analysis.* New York: International Universities Press.

GLOVER, E. (1958), Ego Distortion. *Int. J. Psycho-Anal.,* 39:260-264.

GOSTYNSKI, E. (1951), A Clinical Contribution to the Analysis of Gestures. *Int. J. Psycho-Anal.,* 32:310-318.

GREENACRE, P. (1948), Symposium on the Evaluation of Therapeutic Results (C. P. Oberndorf, P. Greenacre, L. Kubie). *Int. J. Psycho-Anal.,* 29:11-14, 32.

GREENACRE, P. (1950), General Problems of Acting Out. *Trauma, Growth, and Personality.* New York: Norton, 1952, pp. 224-236.

GREENACRE, P. (1954), The Role of Transference: Practical Considerations in Relation to Psychoanalytic Therapy. *J. Amer. Psychoanal Assn.,* 2:671-684.

GREENACRE, P. (1956), Re-evaluation of the Process of Working Through. *Int. J. Psycho-Anal.,* 37:439-444.

GREENACRE, P. (1958), Toward an Understanding of the Physical Nucleus of Some Defence Reactions. *Int. J. Psycho-Anal.,* 39:69-76.

GREENACRE, P. (1959), Certain Technical Problems in the Transference Relationship. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 7:484-502.

GREENACRE, P. (I960), Considerations Regarding the Parent-Infant Relationship. *Int. J. Psycho-Anal.,* 41:571-584.

GREENACRE, P. (1961), A Critical Digest of the Literature on Selection of Candidates for Psychoanalytic Training. *Psychoanal. Quart.,* 30:28-55.

GREENACRE, P. (1966a), Problems of Training Analysis. *Psychoanal. Quart.,* 35:540-567.

GREENACRE, P. (1966b), Problems of Overidealization of the Analyst and of Analysis: Their Manifestations in the Transference and Countertransference Relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 21:193-212.

GREENSON, R. R. (1950), The Mother Tongue and the Mother. *Int. J. Psycho-Anal.*, 31:18-23.

GREENSON, R. R. (1953), On Boredom. *J. Amer. Psychoanal Assn.*, 1:7-21.

GREENSON, R. R. (1954), The Struggle against Identification. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2:200-217.

GREENSON, R. R. (1958a), On Screen Defenses, Screen Hunger and Screen Identity. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 6:242-262.

GREENSON, R. R. (1958b), Variations in Classical Psycho-Analytic Technique: An Introduction. *Int. J. Psycho-Anal.*, 39:200-201.

GREENSON, R. R. (1959a), Phobia, Anxiety and Depression. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 7:663-674.

GREENSON, R. R. (1959b), The Classic Psychoanalytic Approach. American Handbook of Psychiatry, ed. S. Arieti. New York: Basic Books, pp. 1399-1416.

GREENSON, R. R. (1960), Empathy and Its Vicissitudes. Int. *J. Psycho-Anal.*, 41:418-424.

GREENSON, R. R. (1961), On the Silence and Sounds of the Analytic Hour. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 9:79-84.

GREENSON, R. R. (1962), On Enthusiasm. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 10:3-21.

GREENSON, R. R. (1965a), The Working Alliance and the Transference Neurosis. *Psy-choanal. Quart.*, 34:155-181.

GREENSON, R. R. (1965b), The Problem of Working Through. In: *Drives, Affects, Behavior,* ed. M. Schur. New York: International Universities Press, 2:277-314.

GREENSON, R. R. (1966), That «Impossible» Profession. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 14:9-27.

GREENSON, R. R. ET AL. (1958), Variations in Classical Psycho-Analytic Technique. *Int. J. Psycho-Anal.*, 39:200-242.

GHINSTEIN, A. (1955), Vacations: A Psycho-Analytic Study. *Int. J. Psycho-Anal.*, 36:177-186.

GROSS, A. (1951), The Secret. *Bull. Menninger Clin.*, 15:37-44.

GHOTJAHN, M. (1950), About the «Third Ear» in Psychoanalysis. *Psychoanal. Rev.*, 37:56-65.

GHOTJAHN, M. (1954), About the Relation between Psycho-Analytic Training and Psycho-Analytic Therapy. *Int. J. Psycho-Anal.*, 35:254-262.

GUNTBIP, H. (1961), *Personality Structure and Human Interaction.* New York: International Universities Press.

GUTTMAN, S. A. (1960), Panel report: Criteria for Analyzability. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 8:141-151.

HAAK, N. (1957), Comments on the Analytical Situation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 38:183-195.

HARTMANN, H. (1939), *Ego Psychology and the Problem of Adaptation.* New York: International Universities Press, 1958.

HARTMANN, H. (1947), On Rational and Irrational Action. *Essays on Ego Psychology.* New York: International Universities Press, 1964, pp. 37-68.

HARTMANN, H. (1950), Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego. *Essays on Ego Psychology.* New York: International Universities Press, 1964, pp. 113-141.

HARTMANN, H. (1951), Technical Implications of Ego Psychology. *Essays on Ego Psychology.* New York: International Universities Press, 1964, pp. 142-154.

HARTMANN, H. (1955), Notes on the Theory of Sublimation. *Essays on Ego Psychology.* New York: International Universities Press, 1964, pp. 215-240.

HARTMANN, H. (1956), The Development of the Ego Concept in Freud's Work. *Essays on Ego Psychology.* New York: International Universities Press, 1964, pp. 268-296.

HARTMANN, H. (1964), *Essays on Ego Psychology: Selected Problems in Psychoanalytic Theory.* New York: International Universities Press.

HARTMANN, H. & KRIS, E. (1945), The Genetic Approach in Psychoanalysis. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 1:11-30.

HARTMANN, H. & LOEWENSTEIN, R. M. (1946), Comments on the Formation of Psychic Structure. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 2:11-38.

HEIMANN, P. (1950), On Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 31:81-84.

HEIMANN, P. (1954), Problems of the Training Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 35: 163-168.

HEIMANN, P. (1956), Dynamics of Transference Interpretations. *Int. J. Psycho-Anal.*, 37:303-310.

HENDRICK, I. (1934), *Facts and Theories of Psychoanalysis.* New York: Knopf.

HENDRICK, I. (1942), Instinct and the Ego during Infancy. *Psychoanal. Quart.*, 11:33-58.

HENDRICK, I. (1951), Early Development of the Ego: Identification in Infancy. *Psychoanal Quart.*, 20:44-61.

HILL, L. B. (1951), Anticipation of Arousing Specific Neurotic Feelings in the Psychoanalyst. *Psychiatry,* 14:1-8.

HOFFEH, W. (1949), Mouth, Hand, and Ego-Integration. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 3/4:49-56.

HOFFEH, W. (1950), Three Psychological Criteria for the Termination of Treatment. *Int. J. Psycho-Anal.*, 31:194-195.

HOFFEH, W. (1952), The Mutual Influences in the Development of Ego and Id: Earliest Stages. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 7:31-41.

HOFFEH, W. (1954), Defensive Process and Defensive Organization. *Int. J. Psycho-Anal.,* 35:194-198.

HOFFEH, W. (1956), Transference and Transference Neuroses. *Int. J. Psycho-Anal.,* 37:377-379.

ISAACS, S. (1948), The Nature and Function of Phantasy. In: *Developments in Psycho-Analysis,* by M. Klein et al. London: Hogarth Press, 1952, pp. 67-121.

JACOBSON, E. (1950), Contribution to the Metapsychology of Cyclothymic Depression. In: *Affective Disorders,* ed. P. Greenacre. New York: International Universities Press, pp. 49-83.

JACOBSON, E. (1954), Transference Problems in the Psychoanalytic Treatment of Severely Depressive Patients. *J. Amer. Psychoanal Assn.,* 2:595-606.

JACOBSON, E. (1964), *The Self and the Object World.* New York: International Universities Press.

JAMES, M. (1964), Interpretation and Management in the Treatment of Pre-adolescents. *Int. J. Psycho-Anal.,* 45:499-511.

JOKL, R. H. (1950), Psychic Determinism and Preservation of Sublimation in Classical Psychoanalytic Procedure. *Bull. Menninger Clin.,* 14:207-219.

JONES, E. (1953), *The Life and Work of Sigmund Freud, Volume I.* New York: Basic Books.

JONES, E. (1955), *The Life and Work of Sigmund Freud, Volume II.* New York: Basic Books.

JONES, E. (1957), *The Life and Work of Sigmund Freud, Volume III.* New York: Basic Books.

KAIRYS, D. (1964), The Training Analysis: A Critical Review of the Literature and a Controversial Proposal. *Psychoanal. Quart.,* 33:485-512.

KANZER, M. (1953), Past and Present in the Transference. *J. Amer. Psycho-anal. Assn.,* 1:144-154.

KANZER, M. (1957), Panel report: Acting Out and Its Relation to Impulse Disorders. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 5:136-145.

KANZER, M. (1961), Verbal and Nonverbal Aspects of Free Association. *Psycho-anal. Quart.* 30:327-350.

KATAN, M. (1954), The Importance of the Non-psychotic Part of the Personality in Schizophrenia. *Int. J. Psycho-Anal.,* 35:119-128.

KATAN, M. (1958), Contribution to the Panel on Ego-Distortion ('As-If and 'Pseudo As-If). *Int.]. Psycho-Anal,* 39:265-270.

KEISER, S. (1958), Disturbances in Abstract Thinking and Body-Image Formation. *J. Amer. Psychoanal.* Assn., 6:628-652.

KHAN, M. M. R. (1960), Regression and Integration in the Analytic Setting. *Int. J. Psycho-Anal.,* 41:130-146.

KHAN, M. M. R. (1962), Dream Psychology and the Evolution of the Psycho-Analytic Situation. *Int. J. Psycho-Anal,* 43:21-31.

KHAN, M. M. R. (1963a), The Concept of Cumulative Trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 18:286-306.

KHAN, M. M. R. (1963b), Silence as Communication. *Bull. Menninger Clin.,* 27:300-317.

KHAN, M. M. R. (1964), Ego Distortion, Cumulative Trauma, and the Role of Reconstruction in the Analytic Situation. *Int. J. Psycho-Anal.,* 45:272-278.

KLEIN, M. (1932), *The Psycho-Analysis of Children.* London: Hogarth Press, 1949.

KLEIN, M. (1950), On the Criteria for the Termination of a Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.,* 31:78-80.

KLEIN, M. (1952), The Origins of Transference. *Int. J. Psycho-Anal.,* 33:433-438.

KLEIN, M. (1961), *Narrative of a Child Analysis.* London: Hogarth Press.

KLEIN, M., HEIMANN, P., ISAACS, S., & RIVIERE, J. (1952), *Developments in Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press.

KLEIN, M., & MONEY-KYRLE, R., eds. (1955), *New Directions in Psycho-Analysis.* New York: Basic Books.

KNAPP, P. H., LEVIN, S., MCCARTER, R. H., WERMER, H., & ZETZEL, E. R. (1960), Suitability for Psychoanalysis: A Review of 100 Supervised Analytic Cases. *Psychoanal. Quart.,* 29:459-477.

KNIGHT, R. P. (1949), A Critique of the Present Status of the Psychotherapies. *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology,* ed. R. P. Knight & C. R. Friedman. New York: International Universities Press, 1954, pp. 52-64.

KNIGHT, R. P. (1952), An Evaluation of Psychotherapeutic Techniques. *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology,* ed. R. P. Knight & C. R. Friedman. New York: International Universities Press, 1954, pp. 65-76.

KNIGHT, R. P. (1953a), The Present Status of Organized Psychoanalysis in the United States. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 1:197-221.

KNIGHT, R. P. (1953b), Borderline States. *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology,* ed. R. P. Knight & C. R. Friedman. New York: International Universities Press, 1954, pp. 97-109.

KOHUT, H. (1957), Panel report: Clinical and Theoretical Aspects of Resistance. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 5:548-555.

KOHUT, H. (1959), Introspection, Empathy and Psychoanalysis. *J. Amer. Psycho-Anal. Assn.,* 7:459-483.

KRAPF, E. E. (1955), The Choice of Language in Polyglot Psychoanalysis. *Psychoanal. Quart.,* 24:343-357.

KRAPF, E. E. (1956), Cold and Warmth in the Transference Experience. *Int. J. Psycho-Anal.,* 37:389-391.

KRIS, E. (1934), The Psychology of Caricature. *Psychoanalytic Explorations in Art.* New York: International Universities Press, 1952, pp. 173-188.

KRIS, E. (1950), On Preconscious Mental Processes. *Psychoanalytic Explorations in Art.* New York: International Universities Press, 1952, pp. 303-318.

KRIS, E. (1951), Ego Psychology and Interpretation in Psychoanalytic Therapy. *Psychoanal. Quart.,* 20:15-30.

KRIS, E. (1952), *Explorations in Art.* New York: International Universities Press.

KRIS, E. (1956a), On Some Vicissitudes of Insight in Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.,* 37:445-455.

KRIS, E. (1956b), The Recovery of Childhood Memories in Psychoanalysis. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 11:54-88.

KUBIE, L. S. (1939), A Critical Analysis of the Concept of a Repetition Compulsion. *Int.]. Psycho-Anal.,* 20:390-402.

KUBIE, L. S. (1941), The Repetitive Core of Neurosis. *Psychoanal. Quart.,* 10: 23-43.

KUBIE, L. S. (1950), *Practical and Theoretical Aspects of Psychoanalysis.* New York: International Universities Press.

KUBIE, L. S. (1958), Research into the Process of Supervision in Psychoanalysis. *Psychoanal. Quart.,* 27:226-236.

KUT, S. (1953), The Changing Pattern of Transference in the Analysis of an Eleven-year-old Girl. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 8:355-378.

LAGACHE, D. (1953), Some Aspects of Transference. *Int. J. Psycho-Anal.,* 34:1-10.

LAMPL-DE GROOT, J. (1954), Problems of Psycho-Analytic Training, *Int. J. Psycho-Anal.,* 35:184-187.

LAMPL-DE GROOT, J. (1956), The Role of Identification in Psycho-Analytic Procedure. *Int. J. Psycho-Anal.,* 37:456-459.

LAMPL-DE GROOT, J. (1957), On Defense and Development: Normal and Pathological. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 12:114-126.

LAMPL-DE GROOT, J. (1963), Symptom Formation and Character Formation. *Int. J. Psycho-Anal.,* 44:1-11.

LANCER, M. (1962), Selection Criteria for the Training of Psycho-Analytic Students. *Int. J. Psycho-Anal.,* 43:272-276.

LEVY, K. (1958), Silence in the Analytic Session. *Int. J. Psycho-Anal.,* 39:50-58.

LEWIN, B. D. (1946), Training in Psychoanalysis. *Amer. J. Orthopsychiat.,*16:427-429.

LEWIN, B. D. (1948), The Nature of Reality, the Meaning of Nothing: With an Addendum on Concentration. *Psychoanal Quart.,* 17:524-526.

LEWIN, B. D. (1950), *The Psychoanalysis of Elation.* New York: Norton.

LEWIN, B. D. (1953), The Forgetting of Dreams. In: *Drives, Affects, Behavior,* ed. R. M. Loewenstein. New York: International Universities Press, 1:191-202.

LEWIN, B. D. (1954), Sleep, Narcissistic Neurosis, and the Analytic Situation. *Psychoanal. Quart,,* 23:487-510.

LEWIN, B. D. (1955), Dream Psychology and the Analytic Situation. *Psychoanal. Quart.,* 24:169-199.

LEWIN, B. D. (1959), The Analytic Situation: Topographic Considerations. *Psychoanal. Quart.,* 28:455-469.

LEWIN, B. D. & ROSS, H. (1960), *Psychoanalytic Education in the United States.* New York: Norton.

LICHTENSTEIN, H. (1961), Identity and Sexuality. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 9:179-260.

LITTLE, M. (1951), Counter-Transference and the Patient's Response to It. *Int. J. Psycho-Anal.,* 32:32-40.

LITTLE, M. (1958), On Delusional Transference (Transference Psychosis). *Int. J. Psycho-Anal.,* 39:134-138.

LOEWALD, H. W. (1952), The Problem of Defence and the Neurotic Interpretation of Reality. *Int. J. Psycho-Anal.,* 33:444-449.

LOEWALD, H. W. (1955), Hypnoid State, Repression, Abreaction and Recollection. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 3:201-210.

LOEWALD, H. W. (1960), On the Therapeutic Action of Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.,* 41:16-33.

LOEWENSTEIN, R. M. (1951), The Problem of Interpretation. *Psychoanal. Quart.,* 20:1-14.

LOEWENSTEIN, R. M. (1954), Some Remarks on Defences, Autonomous Ego and Psycho-Analytic Technique. *Int. J. Psycho-Anal.,* 35:188-193.

LOEWENSTEIN, R. M. (1956), Some Remarks on the Role of Speech in Psycho-Analytic Technique. *Int. J. Psycho-Anal.,* 37:460-468.

LOEWENSTEIN, R. M. (1958a), Remarks on Some Variations in Psycho-Analytic Technique. *Int. J. Psycho-Anal.,* 39:202-210.

LOEWENSTEIN, R. M. (1958b), Variations in Classical Technique: Concluding Remarks. *Int. J. Psycho-Anal.,* 39:240-242.

LOEWENSTEIN, R. M. (1961), The Silent Patient: Introduction. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 9:2-6.

LOEWENSTEIN, R. M. (1963), Some Considerations on Free Association. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 11:451-473.

LOOMIE, L. S. (1961), Some Ego Considerations in the Silent Patient. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 9:56-78.

LORAND, S. (1946), *Technique of Psychoanalytic Therapy.* New York: International Universities Press.

LORAND, S. & CONSOLE, W. A. (1958), Therapeutic Results in Psycho-Analytic Treatment Without Fee. *Int. J. Psycho-Anal.,* 39:59-64.

MACALPINE, I. (1950), The Development of the Transference. *Psychoanal. Quart.,* 19:501-539.

MAHLER, M. S. (1963), Thoughts about Development and Individuation. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 18:307-324.

MAHLER, M. S. (1965), On the Significance of the Normal Separation-Individuation Phase. In: *Drives, Affects, Behavior,* ed. M. Schur. New York: International Universities Press, 2:161-169.

MAHLER, M. S. & LA PERRIERE, K. (1965), Mother-Child Interaction during Separation-Individuation. *Psychoanal. Quart.,* 34:483-498.

MARMOR, J. (1958), The Psychodynamics of Realistic Worry. *Psychoanalysis and the Social Sciences,* 5:155-163. New York: International Universities Press.

MARTIN, P. A. (1964), Psychoanalytic Aspects of That Type of Communication Termed «Small Talk.» *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 12:392-400.

MEERLOO, J. A. M. & COLEMAN, M. L. (1951), The Transference Function: A Study of Normal and Pathological Transference. *Psychoanal. Rev.,* 38: 205-221.

MENNINGER, K. A. (1958), *Theory of Psychoanalytic Technique.* New York: Basic Books.

MILNER, M. (1950), A Note on the Ending of an Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.,* 31:191-193.

MITTELMANN, B. (1948), The Concurrent Analysis of Married Couples. *Psychoanal. Quart.,* 17:182-197.

MONEY-KYRLE, R. (1956), Normal Counter-Transference and Some of Its Deviations. *Int. J. Psycho-Anal.,* 37:360-366.

NACHT, S. (1954), The Difficulties of Didactic Psycho-Analysis in Relation to Therapeutic Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.,* 35:250-253.

NACHT, S. (1957), Technical Remarks on the Handling of the Transference Neurosis. *Int. J. Psycho-Anal.,* 38:196-202.

NACHT, S. (1958a), Variations in Technique. *Int. J. Psycho-Anal.,* 39:235-237.

NACHT, S. (1958b), Causes and Mechanisms of Ego Distortion. *Int. J. Psycho-Anal.,* 39:271-273.

NACHT, S. (1962), The Curative Factors in Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.,* 43:206-211.

NACHT, S. (1964), Silence as an Integrative Factor. *Int. J. Psycho-Anal.,* 45: 299-303.

NACHT, S., LEBOVICI, S., & DIATKINE, R. (1961), Training for Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.,* 42:110-115.

NAGERA, H. (1966), *Early Childhood Disturbances, the Infantile Neurosis, and the Adulthood Disturbances: Problems of a Developmental Psycho-analytic Psychology* [The Psychoanalytic Study of the Child, Monogr. 2]. New York: International Universities Press.

NIELSEN, N. (1954), The Dynamics of Training Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.,* 35:247-249.

NOVEY, S. (1962), The Principle of «Working Through» in Psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 10:658-676.

NUNBEHG, H. (1932), *Principles of Psychoanalysis.* New York: International Universities Press, 1955.

NUNBEHG, H. (1951), Transference and Reality. *Int. J. Psycho-Anal.,* 32:1-9.

OLDEN, C. (1953), On Adult Empathy with Children. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 8:111-126.

OLDEN, C. (1958), Notes on the Development of Empathy. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 13:505-518.

OLINICK, S. L. (1954), Some Considerations of the Use of Questioning as a Psychoanalytic Technique. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 2:57-66.

ORENS, M. H. (1950), Setting a Termination Date: An Impetus to Analysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 3:651-665.

ORH, D. W. (1954), Transference and Countertransference: A Historical Survey. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 2:621-670.

PAYNE, S. (1950), Short Communication on Criteria for Terminating of Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.,* 31:205.

PIOUS, W. L. (1950), Obsessive-compulsive Symptoms in an Incipient Schizophrenic. *Psychoanal. Quart.,* 19:327-351.

RACKER, H. (1953), A Contribution to the Problem of Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.,* 34:313-324.

RACKER, H. (1954), Notes on the Theory of Transference. *Psychoanal. Quart.,* 23: 78-86.

RACKER, H. (1957), The Meanings and Uses of Countertransference. *Psychoanal Quart.,* 26:303-357.

RAMZY, I. (1961), The Range and Spirit of Psycho-Analytic Technique. *Int. J. Psycho-Anal.,* 42:497-501.

RANGELL, L. (1954), Similarities and Differences between Psychoanalysis and Dynamic Psychotherapy. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 2:734-744.

RANGELL, L. (1959), The Nature of Conversion. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 7:632-662.

RAPAPORT, D. & GILL, M. M. (1959), The Points of View and Assumptions of Metapsychology. *Int. J. Psycho-Anal.,* 40:153-162.

RAPPAPORT, E. A. (1956), The Management of an Eroticized Transference. *Psychoanal. Quart.,* 25:515-529.

REDL, F. & WINEMAN, D. (1951), *Children Who Hate.* Glencoe, 111.: Free Press.

REICH, A. (1951), On Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.,* 32:25-31.

REICH, A. (1958), A Special Variation of Technique. *Int. J. Psycho-Anal.,* 39:230-234.

REICH, W. (1928), On Character Analysis. In: *The Psychoanalytic Reader,* ed. R. Fliess. New York: International Universities Press, 1948, 1:129-147.

REICH, W. (1929), The Genital Character and the Neurotic Character. In: *The Psychoanalytic Reader,* ed. R. Fliess. New York: International Universities Press, 1948, 1:148-169.

REIDER, N. (1950), The Concept of Normality. *Psychoanal. Quart.*, 19:43-51.

REIDER, N. (1953a), A Type of Transference to Institutions. *Bull. Menninger Clin.*, 17:58-63.

REIDER, N. (1953b), Reconstruction and Screen Function. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 1:389-405.

REIDER, N. (1957), Transference Psychosis. *J. Hillside Hasp.,* 6:131-149.

REIK, T. (1937), *Surprise and the Psychoanalyst.* New York: Dutton.

REIK, T. (1948), *Listening with the Third Ear.* New York: Farrar, Straus.

REXFORD, E. N., ed. (1966), A *Developmental Approach to Problems of Acting Out: A Symposium.* New York: International Universities Press.

RICKMAN, J. (1950), On the Criteria for the Termination of an Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.,* 31:200-201.

ROBBINS, L. L. (1956), Panel report: The Borderline Case. *J. Amer. Psycho-Anal. Assn.,* 4:550-562.

ROSEN, V. H. (1958), The Initial Psychiatric Interview and the Principles of Psychotherapy. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 6:154-167.

ROSEN, V. H. (1960), Some Aspects of the Role of Imagination in the Analytic Process. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 8:229-251.

ROSENBERG [ZETZEL], E. (1949), Anxiety and the Capacity to Bear It. *Int. J. Psycho-Anal.,* 30:1-12.

ROSENFELD, H. (1959), Transference-Phenomena and Transference-Analysis in an Acute Catatonic Schizophrenic Patient. *Int. J. Psycho-Anal.,* 33:457-464.

ROSENFELD, H. (1954), Considerations Regarding the Psycho-Analytic Approach to Acute and Chronic Schizophrenia. *Int. J. Psycho-Anal.,* 35:135-140.

ROSENFELD, H. (1958), Contribution to the Discussion on Variations in Classical Technique. Int. *J. Psycho-Anal.*, 39:238-239.

ROSS, N. (1960), Panel Report: An Examination of Nosology according to Psychoanalytic Concepts. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 8:535-551.

ROWLEY, J. L. (1951), Rumpelstilzkin in the Analytical Situation. *Int. J. Psycho-Anal.,* 32:190-195.

RUBINFINE, D. L. (1958), Panel report: Problems of Identity. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 6:131-142.

RYCROFT, C. (1956), The Nature and Function of the Analyst's Communication to the Patient. *Int. J. Psycho-Anal.,* 37:469-472.

RYCROFT, C. (1958), An Enquiry into the Function of Words in the Psycho-Analytical Situation. *Int. J. Psycho-Anal.,* 39:408-415.

SACHS, H. (1947), Observations of a Training Analyst. *Psychoanal. Quart.,* 16:157-168.

SAUL, L. (1958), *Technic and Practice of Psychoanalysis.* New York: J. B. Lippincott.

SCHAFER, R. (1959), Generative Empathy in the Treatment Situation. *Psychoanal. Quart.,* 28:342-373.

SCHAFER, R.(1964), The Clinical Analysis of Affects. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 12:275-299.

SCHMIDEBERG, M. (1950), Infant Memories and Constructions. *Psychoanal. Quart.,* 19:468-481.

SCHMIDEBERG, M. (1953), A Note on Transference. *Int. J. Psycho-Anal.,* 34:199-201.

SCHUH, M. (1953), The Ego in Anxiety. In: *Drives, Affects, Behavior,* ed. R. M. Loewenstein. New York: International Universities Press, 1:67-103.

SCHUH, M. (1955), Comments on the Metapsychology of Somatization. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 10:119-164.

SCHUH, M. (1960), Phylogenesis and Ontogenesis of Affect- and Structure-Formation and the Phenomenon of Repetition Compulsion. *Int. J. Psycho-Anal.,* 41:275-287.

SCHUH, M. (1966), *The Id and the Regulatory Principles of Mental Functioning.* New York: International Universities Press.

SCOTT, W. C. M. (1952), Patients Who Sleep or Look at the Psycho-Analyst during Treatment: Technical Considerations. *Int. J. Psycho-Anal.,* 33:465-469.

SCOTT, W. C. M. (1958), Noise, Speech and Technique. *Int. J. Psycho-Anal.,* 39:108-111.

SEARLES, H. F. (1960), *The Nonhuman Environment in Normal Development and in Schizophrenia.* New York: International Universities Press.

SEARLES, H. F. (1965), *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects.* New York: International Universities Press.

SECHEHAYE, M. A. (1956), The Transference in Symbolic Realization. *Int. J. Psycho-Anal.,* 37:270-277.

SEGAL, H. (1964), *Introduction to the Work of Melanie Klein.* New York: Basic Books.

SERVADIO, E. (1956), Transference and Thought-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.,* 37:392-395.

SHARPE, E. F. (1930), The Technique of Psycho-Analysis. *Collected Papers on Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, pp. 9-106.

SHARPE, E. F. (1940), Psycho-Physical Problems Revealed in Language: An Examination of Metaphor. *Collected Papers on Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, pp. 155-169.

SHARPE, E. F.(1947), The Psycho-Analyst. *Collected Papers on Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press, 1950, pp. 109-122.

SILVERBERG, W. V. (1948), The Concept of Transference. *Psychoanal. Quart.,*17:303-321.

SILVERBERG, W. V. (1955), Acting Out versus Insight: A Problem in Psychoanalytic Technique. *Psychoanal. Quart.,* 24:527-544.

SIMMEL, E. (1926), The «Doctor Game», Illness, and the Profession of Medicine. In: *The Psychoanalytic Reader,* ed. R. Fliess. New York: International Universities Press, 1949, 1:291-305.

SPERLING, S. J. (1958), On Denial and the Essential Nature of Defence. *Int. J. Psycho-Anal.,* 39:25-38.

SPIEGEL, L. A. (1954), Acting Out and Defensive Instinctual Gratification. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 2:107-119.

SPITZ, R. A. (1956a), Countertransference: Comments on Its Varying Role in the Analytic Situation. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 4:256-265.

SPITZ, R. A. (1956b), Transference: The Analytical Setting and Its Prototype. *Int. J. Psycho-Anal.,* 37:380-385.

SPITZ, R. A. (1957), *No and Yes: On the Genesis of Human Communication.* New York: International Universities Press.

SPITZ, R. A. (1965), *The First Year of Life.* New York: International Universities Press.

STEIN, M. H. (1958), The Cliche. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 6:263-277.

STERBA, R. F. (1929), The Dynamics of the Dissolution of the Transference Resistance. *Psychoanal. Quart.* 9:363-379, 1940.

STERBA, R. F. (1934), The Fate of the Ego in Analytic Therapy. *Int. J. Psycho-Anal.,* 15:117-126.

STERBA, R. F. (1951), Character and Resistance. *Psychoanal. Quart.,* 20:72-76.

STERBA, R. F. (1953), Clinical and Therapeutic Aspects of Character Resistance. *Psychoanal. Quart.,* 22:1-20.

STERN, A. (1948), Transference in Borderline Neuroses. *Psychoanal. Quart.,* 17:527-528.

STERN, M. M. (1957), The Ego Aspect of Transference. *Int. J. Psycho-Anal.,* 38:146-157.

STEWAHT, W. A. (1963), An Inquiry into the Concept of Working Through. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 11:474-499.

STONE, L. (1951), Psychoanalysis and Brief Psychotherapy. *Psychoanal. Quart.,* 20:215-236.

STONE, L. (1954a), On the Principal Obscene Word of the English Language. *Int. J. Psycho-Anal.,* 35:30-56.

STONE, L. (1954b), The Widening Scope of Indications for Psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal Assn.,* 2:567-594.

STONE, L. (1961), *The Psychoanalytic Situation.* New York: International Universities Press.

STRACHEY, J. (1934), The Nature of the Therapeutic Action of Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.,* 15:127-159.

STRACHEY, J. (1958), Editor's Introduction to Freud's Papers on Technique. *Standard Edition,* 12:85-88.

SZASZ, T. S. (1957), On the Experiences of the Analyst in the Psychoanalytic Situation: A Contribution to the Theory of Psychoanalytic Treatment. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 4:197-223.

TARACHOW, S. (1963), *An Introduction to Psychotherapy.* New York: International Universities Press.

TARTAKOFF, H. H. (1956), Recent Books on Psychoanalytic Technique: A Comparative Study [Glover: The Technique of Psychoanalysis; Wolstein: Transference; de Forest: The Leaven of Love; Braatøy: Fundamentals of Psychoanalytic Technique]. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 4:318-343.

THORNEH, H. A. (1957), Three Defences against Inner Persecution. In: *New Directions in Psychoanalysis,* ed. M. Klein, P. Heimann, & R. Money-Kyrle. New York: Basic Books, pp. 282-306.

TOWER, L. E. (1956), Countertransference. *J. Amer. Psychoanal. Assn., 4:* 224-255.

VAN DER HEIDE, C. (1961), Blank Silence and the Dream Screen. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 9:85-90.

VAN DER LEEUW, P. J. (1962), Selection Criteria for the Training of Psycho-Analytic Students. *Int. J. Psycho-Anal.,* 43:277-282.

WAELDER, R. (1936), The Problem of the Genesis of Psychical Conflicts in Earliest Infancy. *Int. J. Psycho-Anal.,* 18:406-473, 1937.

WAELDER, R.(1956), Introduction to the Discussion on Problems of Transference. *Int. J. Psycho-Anal.,* 37:367-368.

WAELDER, R. (1958), Neurotic Ego Distortion: Opening Remarks to the Panel Discussion. *Int. J. Psycho-Anal.,* 39:243-244.

WAELDER, R.(1960), *Basic Theory of Psychoanalysis.* New York: International Universities Press.

WAELDER, R. ET AL. (1956), Discussion of Problems of Transference. *Int. J. Psycho-Anal,* 37:367-395.

WALDHORN, H. F. (1960), Assessment of Analyzability: Technical and Theoretical Observations. *Psychoanal. Quart.,* 29:478-506.

WEIGERT, E. (1952), Contribution to the Problem of Terminating Psycho-analyses. *Psychoanal. Quart.,* 21:465-480.

WEIGERT, E.(1954a), Counter-Transference and Self-Analysis of the Psycho-Analyst. *Int. J. Psycho-Anal,* 35:242-246.

WEIGERT, E.(1954b), The Importance of Flexibility in Psychoanalytic Technique. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 2:702-710.

WEIGERT, E.(1955), Special Problems in Connection with Termination of Training Analyses. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 3:630-640.

WEISS, J. (1966), Panel report: Clinical and Theoretical Aspects of «As If» Characters. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 14:569-590.

WEXLER, M. (1951), The Structural Problem in Schizophrenia. *Int. J. Psycho-Anal.,* 32:157-166.

WEXLER, M(1960), Hypotheses Concerning Ego Deficiency in Schizophrenia. *The Out-Patient Treatment of Schizophrenia.* New York: Grime & Stratton, pp. 33-43.

WHEELIS, A. (1956a), Will and Psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 4:285-303.

WHEELIS, A. (1956b), The Vocational Hazards of Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.,* 37:171-184.

WINDHOLZ, E. (1955), Problems of Termination of the Training Analysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 3:641-650.

WINNICOTT, D. W. (1949), Hate in the Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 30:69-74.

WINNICOTT, D. W. (1953), Transitional Objects and Transitional Phenomena. *Int. J. Psycho-Anal,* 34:89-97.

WINNICOTT, D. W. (1955), Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-up. *Collected Papers.* New York: Basic Books, 1958, pp. 278-294.

WINNICOTT, D. W. (1956a), On Transference. *Int. J. Psycho-Anal.,* 37:386-388.

WINNICOTT, D. W. (1956b), The Antisocial Tendency. *Collected Papers.* New York: Basic Books, 1958, pp. 306-315.

WINNICOTT, D. W. (1957), *Mother and Child.* New York: Basic Books.

WOLFENSTEIN, M. & KLIMAN, G. (1965), *Children and the Death of the President.* Garden City, N.Y.: Doubleday.

WORDEN, F. G. (1955), A Problem in Psychoanalytic Technique. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 3:255-279.

ZELIGS, M. A. (1957), Acting In. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 5:685-706.

ZELIGS, M. A. (1961), The Psychology of Silence: Its Role in Transference, Countertransference and the Psychoanalytic Process. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 9:7-43.

ZETZEL, E. R. (1953), Panel report: The Traditional Psychoanalytic Technique and Its Variations. *J. Amer. Psychoanal.,* 1:526-537.

ZETZEL, E. R. (1956), Current Concepts of Transference. *Int. J. Psycho-Anal.,* 37:369-376.

ZETZEL, E. R. (1963), The Significance of the Adaptive Hypothesis for Psychoana-lytic Theory and Practice. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 11:652-660.

ZETZEL, E. R. *see also* Rosenberg, E.

ZILBOORG, G. (1952a), The Emotional Problem and the Therapeutic Role of Insight. *Psychoanal. Quart.,* 21:1-24.

ZILBOORG, G. (1952b), Some Sidelights on Free Associations. *Int. J. Psycho-Anal.,* 33:489-495.

Предметный указатель

Учебное издание

Серия «Университетское психологическое образование»

Ральф Ромео Гринсон

ТЕХНИКА И ПРАКТИКА ПСИХОАНАЛИЗА

Редактор — *О. В. Шапошникова*
Обложка и компьютерная верстка — *А. Пожарский*
Корректор — *Е. В. Феоктистова*

ИД № 05006 от 07.06.01
Сдано в набор 15. 07. 03. Подписано в печать 11. 08. 03.
Формат 60x90/16. Печать офсетная. Гарнитура Academy. Бумага офсетная.
Усл. печ. л 29,9. Уч.-изд. л. 28,9. Тираж 4000. Заказ

Издательство «Когито-Центр»
129366, Москва, ул. Ярославская, 13
Тел.: (095) 216-3604, (095)282-0100
E-mail: visu@psychol.ras.ru www.cogito.msk.ru

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленных диапозитивов в ОАО «Можайский полиграфический комбинат».
143200, г. Можайск, ул. Мира, 93